Building the Foundation of a Strong Public Health System for Ontarians

2005 Annual Report of the Chief Medical Officer of Health to the Ontario Legislative Assembly

106-02875/

Ministry of Health and Long-Term Care

Chief Medical Officer of Health and Assistant Deputy Minister

Public Health Division
11th Floor, Hepburn Block
Queen's Park
Toronto, ON M7A 1R3

Telephone: (416) 212-3831
Facsimile: (416) 325-8412

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Médecin hygiéniste en chef et Sous-ministre adjoint

Division de la santé publique
Édifice Hepburn, 11e étage
Queen's Park
Toronto (ON) M7A 1R3

Téléphone: (416) 212-3831
Télécopieur: (416) 325-8412

Ontario

December 2005

Office of the Chief Medical Officer of Health and Assistant Deputy Minister

To the Honourable Speaker of the Legislative Assembly:

In my capacity as the Chief Medical Officer of Health, I am pleased to transmit the 2005 Annual Report of the Chief Medical Officer of Health of Ontario for submission to the Assembly in accordance with the provisions of section 81.(4) of the Health Protection and Promotion Act.

Dr. Sheela V. Basrur
Chief Medical Officer of Health

Table of Contents

3 Executive Summary

6 Introduction – Role and Mandate

7 Strengthening Ontario's Public Health System – Making Progress

9 Ontario's Public Health Agency

10 Capacity of Local Public Health Units

10 Building Capacity to Control Infectious Diseases
10 Provincial Infectious Diseases Advisory Committee
11 Regional Infection Control Networks
12 Infection Control Training

12 Emergency Preparedness

14 System Responsiveness to Threats
14 Rubella Outbreak – Oxford County
15 Legionnaire's Disease Outbreak – Toronto

15 Ministry of Health Promotion

16 Areas of Continuing Concern

16 Longstanding Vacancies in Medical Officer of Health Positions and Broader Human Resource System Challenges

18 System Fragility – Issues of Confidence and Coordination

19 Communication with Front-line Staff

19 Ontario's Public Health Laboratory

21 Pandemic Preparedness

23 Final Comments

Executive Summary

SARS was the tipping point for public health system renewal in this province and across the country. Years of decline resulted in what Justice Campbell has assessed as a "broken system." In 2005, we have had major outbreaks of rubella and Legionnaire's disease, contaminated water in Kashechewan, and increasing concerns over our readiness for an influenza pandemic. These events have focused attention on public health's critical role in the prevention, detection, investigation and management of outbreaks of infectious diseases.

As part of the government's action plan to strengthen the public health system post-SARS, significant new powers have been given to Ontario's Chief Medical Officer of Health (CMOH). Among these is the independence and responsibility to report on the state of public health to the Legislative Assembly of Ontario. In my first independent report to the Legislature, I will focus on the status of system renewal following the 2003 SARS outbreak. This focus on health protection in no way diminishes the importance of the system's other functions. We need to build the foundation for a strong and effective public health system that will allow us to ensure health protection and also strengthen our ability to address the entire spectrum of public health issues. For public health's mandate involves not just the immediate threat of infectious diseases, but also the longer term requirements of chronic disease and injury prevention, healthy child development, family and community health, and environmental health – all with a focus on the underlying determinants of health and illness. The ability to fulfill these responsibilities is dependent on the strength and capacity of the public health system.

This report can be thought of as a "check-up" for the province's public health system. Overall, my assessment is one of "guarded optimism." Much progress has been made over the past two years, but there is much more that must be done. In this report, I will highlight where progress is being made and identify areas of continuing concern.

In June 2004, the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) released Operation Health Protection: An Action Plan to Prevent Threats to our Health and to Promote a Healthy Ontario. Of the many components of this action plan that are being actively implemented, a critically important item is the creation of a provincial Public Health Agency. This centre of excellence will ensure that Ontario has a credible, reliable and objective source of public health knowledge, information and data to support effective practices and policies. The design of the Agency is being informed by the experiences with public health agencies successfully implemented elsewhere in Canada and around the world. An expert group provided its interim design recommendations in October 2005 and its final report is expected early in 2006.

A key component of the proposed Agency is the provincial public health laboratory. It is to this laboratory that we turn to identify the unknown agent causing an outbreak (e.g., SARS, Legionnaire's disease), as well as perform tests in massive volumes to support patient treatment and outbreak management decisions. Yet, the current public health laboratory is faced with numerous and fundamental challenges. The current situation must be turned around if the public health laboratory is to serve the public health interest during future infectious disease outbreaks. Until the laboratory is appropriately staffed, resourced, and fully integrated with the rest of the public health system, Ontario will be vulnerable.

Ontario's 36 local public health units are the front lines of the province's health protection system. There are a number of important questions regarding how they are structured and whether they have sufficient capacity to protect and promote the health of all Ontarians. Many public health units have longstanding vacancies in their Medical Officer of Health (MOH) positions, as well as difficulties recruiting other types of public health professionals. A Capacity Review Committee was set up to review these and other issues and the final report is expected early in 2006. I anticipate that recommendations will call for substantial changes including consolidations of some existing public health units to achieve a critical mass of expertise and resources.

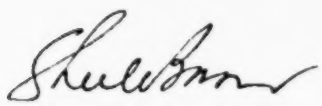
SARS exposed several gaps in our ability to control infectious diseases in Ontario. While comprehensive system renewal was initiated post-SARS, major outbreaks of rubella and Legionnaire's disease in 2005 tested the extent of our progress to-date. The rubella outbreak occurred in a small public health unit that had been without a full-time, qualified MOH for many years. While the system responded favourably with substantial mutual aid to help control the outbreak, it illustrated the insufficient critical mass of expertise and resources in some smaller public health units. The Legionnaire's disease outbreak highlighted the need for further work to improve coordination and communication within the health care system. Both of these incidents contain lessons about Ontario's ability to manage major infectious disease incidents in the future.

Many other initiatives have been implemented to exist with outbreak management. Significant progress is being made to strengthen our ability to address infectious diseases. For example, a Provincial Infectious Diseases Advisory Committee has been created to provide expert scientific advice to public health and health care workers. Regional Infection Control Networks are being implemented to improve local coordination and communication. Increased infection control training for health care workers is also being developed.

There is increasing professional and public concern about our readiness to handle an influenza pandemic. Ontario developed its first influenza pandemic plan in 2004 and updated it in 2005. While we are in a better position now than two years ago, much work remains to be done. Further planning and resourcing are required to ensure that stockpiles of supplies and pharmaceuticals are in place and that plans for their distribution are established. Of particular concern are the roles and responsibilities for local, provincial and federal public health officials in emergency planning and response

involving First Nations communities. Discussions on a formal protocol relating to public health emergencies affecting First Nations communities have been occurring, but much more work is required.

In rebuilding our public health system, we must avoid "patching cracks without fixing the foundation" as Dr. David Butler-Jones, the country's Chief Public Health Officer, has described previous efforts at system renewal. The challenge is that renewing the province's public health system will take several years of committed effort. We are now close to the three-year point post-SARS and are entering a critical time period that will define whether the momentum for system renewal will be maintained or dissipated. Creation of the provincial Public Health Agency, including a revitalized public health laboratory system, and strengthened capacity of local public health units are critical action steps for 2006. The ability to protect and promote the health of Ontarians against future threats depends, at minimum, on the full implementation of these initiatives. In doing so, we will be establishing the foundation for a strong and effective public health system in which Ontarians can have confidence. In future reports, I will highlight the progress that is being made and areas of continuing concern.



Dr. Sheela V. Basrur
Chief Medical Officer of Health

Introduction – Role and Mandate

The public health system's mandate is to improve the health of the population through health promotion, disease prevention, and health protection. Much of the improvement in life expectancy over the past century is due to such public health measures as ensuring safe drinking water, safe disposal of sewage, better housing and wide scale immunization. Today's public health efforts address challenges and issues including infectious diseases, chronic disease and injuries, healthy child development, family and community health, and environmental health. There is increasing attention on the social, economic and environmental determinants of health as additional areas of public health action. Among these many responsibilities, the public health system has a critical role in the prevention, detection, investigation and management of outbreaks due to infectious diseases. Fulfilling all of these responsibilities depends on the strength and capacity of the system as a whole.

Following years of system decline, SARS was the tipping point for public health system renewal in this province and across the country. Reports of both the Ontario Expert Panel on SARS and Infectious Disease Control (the Walker Panel) and the SARS Commission (the Campbell Commission) have made numerous recommendations to strengthen the structure and capacity of Ontario's public health system. These recommendations were reflected in *Operation Health Protection: An Action Plan to Prevent Threats to our Health and to Promote a Healthy Ontario*, which was released by the Ministry of Health and Long-Term Care in June 2004.

Included in *Operation Health Protection* was the commitment to give the province's Chief Medical Officer of Health (CMOH) significant new powers to protect the health of the people of Ontario. On December 15, 2004, the Legislative Assembly of Ontario unanimously passed Bill 124 amending the *Health Protection and Promotion Act*, which now states that the "Chief Medical Officer of Health shall every year, make a report in writing on the state of public health in Ontario, and shall deliver the report to the Speaker of the Legislative Assembly...[who] shall lay the report before the Assembly at the earliest reasonable opportunity." These amendments, among others, were the first major changes to the CMOH's role since the Act first came into being 20 years earlier.

The authority to report independently on the state of public health is a responsibility that I take extremely seriously. It establishes for the first time a "watchdog" role for the CMOH, which I exercise alongside my role inside government as an Assistant Deputy Minister (ADM). This unique arrangement provides me with an opportunity to reflect on the progress that has been made in improving and protecting the health of the public, while also flagging areas of concern about new or continuing risks to the public's health.

In my very first independent report to the Legislature, I will focus on the status of system renewal following the 2003 SARS outbreak. I believe it is reasonable and necessary to take stock of our progress to-date and to highlight areas of continuing concern. The occurrence of two major infectious disease outbreaks in 2005, rubella and Legionnaire's disease, combined with increasing concerns regarding an influenza pandemic, underscore the timeliness of this area of focus.

That my first Report to the Legislature is centred on health protection does not imply that other public health issues are less important. Indeed, my 2004 annual report focused on the obesity crisis and the need for comprehensive, multi-sectoral strategies to curb this largely preventable epidemic. However, our health protection responsibilities and capacity are right now in the spotlight because, if we do not get these right, there will be significant societal consequences that will also undermine public confidence and support for all facets of public health programming.

Strengthening Ontario's Public Health System – Making Progress

Operation Health Protection outlines the government's three-year action plan for public health system renewal in Ontario that is being comprehensively implemented. The past two years have been an intense period of system development and incidents in 2005 have provided further reinforcement for the direction being taken (see list, on page 8).

The status quo was years in the making and fully fixing it will take time. While it is not possible to discuss all of the activity that is occurring, I wish to highlight some specific items.

Selected System Development Actions and Key Events

2004

April	Ontario Expert Panel on SARS and Infectious Disease Control (Walker Panel Report)
	SARS and Public Health in Ontario – Interim Report (Justice Campbell)
May	Ontario Health Pandemic Influenza Plan (OHPIP)
June	Operation Health Protection
July	Farm to Fork: A Strategy for Meat Safety in Ontario (Justice Haines)
July	Childhood vaccines publicly funded in Ontario against pneumococcal disease, chicken pox and meningococcal disease.
Sept.	Public Health e-Health Council created
Nov.	Healthy Weights, Healthy Lives – CMOH Report
Dec.	Bill 124 – An Act to Amend the *Health Protection and Promotion Act* increased the authority and independence of CMOH

2005

Jan.	CMOH strikes Agency Implementation Task Force
	CMOH strikes Capacity Review Committee
	Provincial funding share for public health increased from 50% to 55%.
	Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC) created
	100% funding for 180 full-time communicable disease positions in local Public Health Units confirmed.
	Video-conferencing facilities in public health facilities and public health labs commenced
April	SARS and Public Health Legislation – Second Interim Report (Justice Campbell)
May	Rubella outbreak in Oxford County
June	Ontario Health Pandemic Influenza Plan – Second release
	Royal Assent for *Smoke-Free Ontario Act* – will make workplaces and public places smoke-free and phase-in retail display restrictions
	Ministry of Health Promotion announced
Sept.	Public Health Division unveils new organizational structure
Oct.	*Legionnaire's* disease outbreak in Toronto long-term care home
	Interim report of Agency Implementation Task Force
	Drinking water contamination in Kashechewan
Nov.	Interim report of Capacity Review Committee

Ontario's Public Health Agency

A key component outlined in *Operation Health Protection* is the commitment to create an independent provincial Public Health Agency to provide high quality scientific and technical advice to service providers who protect and promote the health of Ontarians. To this end, I struck an Agency Implementation Task Force in early 2005 to advise me on the design, development and implementation of the Public Health Agency. The Task Force's interim report was released in October 2005. Informed by experiences with public health agencies in the U.S., UK, Quebec, and British Columbia, the Task Force's vision is a centre of excellence in public health so that Ontario will have a credible, reliable and objective source of public health knowledge, information and data to support effective practices and policies.

The Task Force's initial recommendations address the functions, services, and program areas for which the Agency should initially be responsible (see list, below). Reflecting its central importance to the investigation and control of infectious diseases, the public health laboratory is a critical component of the proposed Agency. The current state of the provincial public health laboratory is of substantial concern and I will return to this issue later in my report.

Agency Implementation Task Force – Initial Recommendations

Functions/services:

- surveillance and epidemiology
- research
- knowledge exchange
- specialized laboratory diagnostics
- professional development
- communication.

Program areas:

- infectious diseases
- health promotion, chronic disease and injury prevention
- environmental health
- emergency management support

The Task Force also made recommendations about the governance of the new Agency and the roles and responsibilities of both the Agency and the Ministry. The Task Force will now turn its attention to the development of a high-level implementation plan for the Agency that will recommend priorities for its first three years, along with a capital plan and operating budget to ramp up the program areas and functions/services. I will provide a progress update on the implementation of the Public Health Agency in my 2006 report.

Capacity of Local Public Health Units

While provincial level leadership, coordination and capacity are important, one must not forget that public health is based on local action. All of the expert best practice advice in the world will be wasted unless there is local capacity to implement it. Consistent with the *Operation Health Protection* action plan, I established a Capacity Review Committee (CRC) in January 2005 to review the capacity of local public health units. The CRC has been actively assessing the fundamental design characteristics of this critical component of the public health system (see list, below).

Capacity Review Committee – Analyzing the Design of Local Public Health Units

- Governance, structure and configuration
- Funding
- Accountability mechanisms
- Public health human resources
- Research and knowledge transfer

The CRC released its interim report in November 2005, highlighting the many complex and inter-related issues with which it is grappling. The next phase will consist of a continued review of commissioned research and interviews, focus groups and roundtable discussions with system stakeholders to analyze possible options to enhance the capacity of public health units. I anticipate that the recommendations will call for substantial changes including, but not limited to, consolidation of some public health units to achieve a critical mass of expertise and resources. My 2006 report will provide an update on the progress being made to strengthen Ontario's public health units, which must have the capacity and resources needed to serve as our vital front-line defence against infectious diseases.

Building Capacity to Control Infectious Diseases

Provincial Infectious Diseases Advisory Committee

To provide a single source of expert advice on infectious diseases for Ontario, the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC) was established in June, 2004. PIDAC advises the CMOH on the prevention, surveillance and control of infectious diseases and provides a mechanism for greater collaborative analysis and decision making between the public health and health care systems. PIDAC and its sub-committees have been specifically designed to include a variety of representatives from both systems. For example, public health nurses, public health inspectors and public health physicians are involved along with practitioners from medical microbiology, veterinary medicine, infectious disease, institutional infection control, primary care, and occupational health and safety.

PIDAC Best Practices – Completed and Current Projects

- C. difficile Best Practice manual (Dec 2004)
- Febrile Respiratory Illness Best Practice manual (Sept 2005)
- Review of Ontario Reportable disease list (HPPA), including case definitions (2006)
- Antibiotic resistant organisms Best Practice manual (2006)
- Reprocessing of medical devices Best Practice manual (2006)
- Ontario adaptation of federal meningococcal guidelines (2006)
- Surveillance strategies for key nosocomial infections such as C. difficile and MRSA (2006)

In addition to fostering communication among these different types of professionals, their complementary strengths and perspectives enable translation of existing scientific knowledge into best practice recommendations that will be highly relevant throughout the health system. As shown above, PIDAC and its sub-committees have produced and are producing guidance and recommendations for several key topics.

In addition to this ongoing work, PIDAC has shown itself to be an excellent resource in times of emergencies. During the 2005 rubella and Legionnaire's disease outbreaks, it was highly advantageous for the outbreak teams to be able to consult with a standing expert group for highly specialized scientific advice instead of relying on ad hoc mechanisms to access advice (as was the case during SARS). PIDAC has also provided scientific advice on aspects of the province's influenza pandemic plan.

Regional Infection Control Networks

The SARS experience identified the need to improve local coordination and access to infection prevention and control information across the health care continuum. Regional Infection Control Networks are being created to maximize this coordination and integration on a regional basis. The networks are required to include representatives from public health, acute care, long-term care and community care. Guidance, direction and overall leadership for network activities are to be provided by a regional steering committee, network coordinator and medical coordinator.

Creating Regional Infection Control Networks

Initial networks (funding initiated March 2005):

- Champlain
- Central South Ontario
- Southeastern Ontario
- Northwestern Ontario

The Networks will promote a common approach to infection prevention and control and utilization of best practices within the region. This may include standardization of infection prevention and control policies, procedures, protocols and surveillance practices. In addition to fostering local communication and coordination, the networks will form an important feedback and implementation loop with PIDAC. For example, the networks are ideally positioned to review and implement PIDAC's best practice advice in a coordinated manner.

The initial Networks were funded in March 2005 and began the process of establishing their committees and hiring the coordinators, which were completed as of October 2005. Another four networks are scheduled to begin development in early 2006. Drawing on the experiences of the first four networks, the Ministry anticipates that all fourteen networks will be implemented across the province by the end of 2006/07.

Infection Control Training

A core competency education program for infection prevention and control is being produced by MOHLTC in partnership with key stakeholder groups. The program will develop up-to-date educational tools to provide core competency education to front-line health care workers across three different health care sectors: acute care, long-term care, and community-based providers. Scientific content of the program will be reviewed and approved by PIDAC's Infection Prevention and Control Subcommittee, and the Regional Infection Control Networks will be one of the main conduits for reaching front-line staff with the training. Web-based learning tools will be piloted and evaluated at three acute care hospitals in December 2005 and January 2006 and in one Community Care Access Centre (CCAC) in spring 2006. Based upon the evaluations of the pilots and other input, a broader roll-out of initial tools is targeted for summer 2006.

Emergency Preparedness

To a large extent, how a system responds to an emergency is dependent upon the existing capacity and planning that has occurred *before* the emergency event. Public health units are expected to take an active role in leading the response to public health emergencies, which means they must have the capacity to plan, train, and exercise in preparation for these events on an ongoing basis. As SARS clearly demonstrated, some public health emergencies have significant implications for the broader health care system and the entire community infrastructure, and there needs to be an efficient way to coordinate the health response to such events.

The Ministry created the Emergency Management Unit (EMU) in 2003 to lead and coordinate health emergency planning and response. The EMU now reports to the CMOH, reflecting the CMOH's leadership role in health-related emergencies both within and beyond public health. The EMU has been developing new protocols and systems that permit timely alerts to health care providers through "Important Health Notices", providing information for both health care providers and the public on emergency planning through their website, and crafting emergency plans for the health care sector.

The EMU serves an invaluable role in ministry-wide coordination of both emergency planning and health system responses to incidents ranging from natural disasters such as the 2004 Peterborough flood to the 2005 Kashechewan evacuation. The EMU also serves as a window between the MOHLTC and Emergency Management Ontario (EMO), which coordinates government-wide emergency planning and response. Creation of the EMU permitted Ontario to play a more significant role in health emergency management activities at the federal/provincial/territorial level, including the championing of a mutual aid agreement among the parties.

Implementation of the integrated Public Health Information System (iPHIS) has been proceeding with all 36 public health units currently connected to a province-wide database. The system will enhance reporting of infectious diseases, contact tracing and outbreak management. This is an extremely important step to improve public health's capacity, but is only one part of the need for improved surveillance and communication. For example, further system development is required for information sharing between public health and hospitals (e.g., emergency rooms), laboratories, and physician offices. Until these systems are put into place, information sharing across these sectors will be limited to manual processes.

Public health system capacity and preparedness are the focus of increasing concern among professionals and the public in relation to a possible influenza pandemic. All eyes are currently on the H5N1 strain of influenza that is infecting domestic flocks along migratory flightpaths in Asia and Europe. While primarily still a disease of birds, the concern of most health experts is whether the virus will mutate to a form that is easily transmitted between people – a significant pre-condition for a worldwide epidemic (or "pandemic"). History informs us of the severity of influenza pandemics that have occurred in the past. It is therefore not a question of "if" there might be an influenza pandemic, but rather "when" it will occur, how quickly it may spread and how severe the illness will be. It is the responsibility of governments at all levels to prepare as best they can for this eventuality.

Following the release of the national-level plan by the Public Health Agency of Canada, Ontario's first comprehensive contingency plan for an influenza pandemic was released in May 2004 and updated again in June 2005. This plan is the product of substantial work by public health officials, infectious disease specialists, labour associations, first responders and a broad range of health care providers. A further updated version is expected in 2006 with a focus on community-based roles and responsibilities.

The goals of pandemic preparedness are to minimize serious illness and overall deaths through appropriate management of Ontario's health care system; and to minimize societal disruption in Ontario as a result of the pandemic. The plan sets out a comprehensive province-wide approach to health preparedness and response planning, and provides information to guide local pandemic planning groups. Many of the items I have highlighted throughout this report have direct relevance to pandemic preparedness including the following:

- building public health system capacity at the provincial and local levels;
- creating a public health agency to integrate scientific and laboratory expertise;
- establishing a mechanism for evidence-based advice on the prevention and control of infectious diseases (PIDAC); and
- building regional infection control networks to support local planning and coordination between public health units and health care systems.

Whether or not an influenza pandemic occurs in the near future, the thinking, planning and preparation for this scenario will help build emergency response capacity at provincial and local levels which will be useful for all types of health emergencies. SARS was a new pathogen with unexpected characteristics, illustrating that one cannot plan for every conceivable scenario. However, the response to SARS likely would have been substantially stronger if pandemic and emergency planning had been comprehensively pursued throughout the health sector in the lead-up to the outbreak.

The report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health (Naylor Report) expressed concerns regarding inequities in health outcomes and their determinants that exist between Aboriginal people and non-Aboriginal Canadians, as well as the pattern of separate health systems for First Nations communities. The Walker Panel Report recommended that discussion on a formal protocol relating to public health emergencies affecting First Nations communities be initiated among the federal government, First Nations leaders and MOHLTC. While discussions have begun, there is a continuing debate about jurisdiction and funding that is not conducive to progress and may be disastrous in the context of a public health emergency. Recent events regarding drinking water in Kashechewan provide a glimpse into the challenges of weak infrastructure and other chronic problems that must be addressed before emergencies occur. I will provide an update on these issues in my 2006 report.

System Responsiveness to Threats

In 2005, Ontario experienced two large infectious disease outbreaks. Analysis of these events provides insight into the progress being made to strengthen the public health system.

Rubella Outbreak – Oxford County

An outbreak of rubella in Oxford County peaked in May within a religious community with historically low rates of immunization. A disease that is highly preventable by immunization, rubella can have serious consequences for the fetuses of susceptible pregnant women including intrauterine death, spontaneous abortion and congenital malformations of major organ systems. Surviving infants can suffer from some combination of deafness, cataracts, lack of proper eye and/or brain development, heart defects, and bone abnormalities.
The outbreak resulted in 283 cases in Oxford County and an additional 28 cases in three other public health units. The vast majority (90%) of the cases occurred in children and adolescents 19 years of age or younger. It is still too early to know if any cases of congenital rubella will occur as a result of this outbreak.

The number of cases and their contacts quickly overwhelmed the capacity of the local public health unit. This was therefore the first post-SARS test of how Ontario's public health system would respond to this type of scenario. In the absence of a full-time Medical Officer of Health (MOH) employed by the local board of health, I exercised my authority under the *Health Protection and Promotion Act* to appoint two Associate MOHs from nearby health units and ordered additional resources to the affected health unit. Disease investigation and control staff including public health nurses, public health inspectors, an epidemiologist and data analyst, and other staff were transferred in from seven other health units to augment the limited local staff complement. Provincial public health communications staff were also sent to assist the outbreak team. PIDAC was actively consulted for expert scientific and technical advice to support the local disease control efforts. From a mutual aid perspective, the system responded in an extremely positive and coordinated manner to this public health emergency. However, the fact that so many staff and so much expertise had to be transferred in to assist this health unit on an urgent basis raises significant concerns as to whether some public health units have a sufficient critical mass of resources and expertise. I will address this issue in more detail later in this report.

Legionnaire's Disease Outbreak – Toronto

Later in 2005, an outbreak of Legionnaire's disease occurred in a long-term care home in Toronto – site of the country's largest and arguably best resourced public health unit. Unlike most infectious diseases, Legionella are not spread from person-to-person, but from inhalation of contaminated water. Previous outbreaks have implicated showers, air conditioning cooling towers, humidifiers, whirlpool spas, respiratory therapy devices and decorative fountains. The typical inhabitants of long-term care homes, the elderly and those with chronic medical conditions, are particularly susceptible to this bacterium. As of mid-November 2005, 23 residents had died in the outbreak and a total of 136 cases of *Legionella*-related conditions had occurred, which were linked to water in the building's cooling system. From a system perspective, this outbreak raised issues around public confidence in the public health system and the public health laboratory, both of which I will address later in this report.

Ministry of Health Promotion

While the focus of this report is on health protection, I wish to highlight this government's decision to create a Ministry dedicated to health promotion, which provides long awaited attention and visibility to this core public health function. The Ministry of Health Promotion (MHP) is responsible for the improvement, coordination and delivery of programs designed to contribute to healthy living and wellness, in concert with communities, other levels of government, and the private sector. The essential nature of health promotion to the mandate of public health is such that I now report jointly to the Deputy Minister of Health and Long-Term Care and to the Deputy Minister of Health Promotion.

A remarkable development alongside the creation of the new ministry is the establishment of an Interministerial Committee (IMC) on Healthy Living that will be chaired by the Minister of Health Promotion and comprised of Ministers in key portfolios across government, including:

- Agriculture, Food and Rural Affairs
- Children and Youth Services
- Community and Social Services
- Education
- Environment
- Health and Long-Term Care
- Labour
- Municipal Affairs and Housing

The mandate of the IMC is to improve the coordination and communication of health promotion initiatives across government and help ensure the government delivers on its health promotion commitments. The IMC will develop a common vision for health promotion within government, and identify effective ways for ministries to work together to promote health. This promising initiative is an indicator of this government's commitment to better align policies and programs intended to keep people healthy in the first place. The IMC represents a long overdue mechanism for policy coordination and alignment on issues affecting health. Its membership includes the leadership of virtually all of the ministries whose policy levers influence the social and economic determinants of health. As such, this initiative has the potential to improve the conditions for health in a systematic and long-lasting manner.

Areas of Continuing Concern

While there is much to be optimistic about in the renewal of public health in Ontario to date, there continue to be a number of areas of vulnerability that are cause for concern.

Longstanding Vacancies in Medical Officer of Health Positions and Broader Human Resource System Challenges

The Medical Officer of Health (MOH) is a key position in public health units. The local MOH holds a position of organizational leadership and is relied upon for expert knowledge and skills, including but not limited to the investigation and management of outbreaks. Consistent with this, the *Health Protection and Promotion Act* requires every public health unit to employ a qualified, full-time MOH. As of mid-November, 2005, 12 of 36 Ontario public health units were without a full-time MOH appointed by the Minister, and were relying instead on one of the following: a primary care physician serving as an acting MOH on a part-time or full-time basis, a neighbouring MOH providing only part-time coverage, or the temporary appointment of an Associate MOH to fill a recent vacancy.

It is fortuitous that many recent public health emergencies have occurred in public health units with full-time, qualified MOHs and sufficient teams of multi-disciplinary public health professionals. However, we cannot rely on luck to protect the health of the public.

A previous section described the positive way in which the system mobilized to provide mutual aid to the Oxford County Health Unit during the rubella outbreak. The list of public health professionals that were transferred, including two Associate MOHs, encompasses all of the skill sets required to manage a public health emergency. While reliance on mutual aid is expected if local capacity is overwhelmed, the system must be designed to ensure that baseline capacity is in place, such that every local public health unit has a critical mass of expertise and resources to fulfill core public health functions including the ability to respond to public health emergencies.

Oxford County has been without a full-time, qualified MOH since 1998. It is not unique in this regard. There are seven public health units that have had MOH vacancies for at least five of the last 10 years. The eighth (Muskoka-Parry Sound District Health Unit) was disbanded and amalgamated with adjacent health units on April 1, 2005. As illustrated by the rubella outbreak, public health units with longstanding MOH vacancies also have a limited complement of other key public health professionals. This situation creates several problems for adjacent public health units that do have a full-time MOH:

- Risks that are not adequately addressed in one public health unit may spill over into a neighbouring health unit
- Staff of the smaller public health unit often rely on advice from the adjacent unit's MOH, taking that MOH away from his/her own unit's needs, and posing serious questions about the adequacy of after-hours medical coverage in these units
- MOH vacancies result in fewer people being available to exercise leadership on local or regional public health issues.

Longstanding MOH vacancies were highlighted by the 2002 inquiry into the Walkerton outbreak, as well as the 2004 Walker Panel report and Campbell Commission interim report. The situation remains essentially unchanged to this day, for a host of systemic reasons. The professional isolation of being a sole public health practitioner with unsustainable call schedules, non-competitive pay, and limited human and other resources within these public health units are major deterrents to attracting new entrants to the field. The system is only as strong as its weakest link, and we cannot continue to have public health units that lack the minimum critical mass to function as a modern and effective public health organization. I am expecting the final report of the Capacity Review Committee to provide advice to the government on how these problems can be rectified.

The longstanding MOH vacancies are a sign of a much broader challenge facing Ontario's public health system since many of the issues surrounding the recruitment and retention of MOHs also apply to other public health professionals. For example, not every public health unit employs a full-time epidemiologist, let alone individuals with risk communication, information system and other essential skill sets. Difficulties in recruiting public health inspectors and other disciplines are a common occurrence. Recruitment of public health nurses must compete with other health sectors in an environment of limited supply. Along with absolute shortage, maldistribution of public health professionals compounds the problem with inequities particularly pronounced in rural and northern settings.

The availability of a sufficient number and mix of public health professionals cannot be left to chance. Academic institutions need to offer a range of training programs that provide an appropriate balance of academic and practical training. Substantial infrastructure exists in the health care system to train health care providers, and similar attention needs to be given to the training of public health professionals. Options must exist not only for primary level professional training, but also for continuing education to ensure that existing professionals maintain and enhance their skills. As the employer of public health professionals, governments have a responsibility to ensure an adequate supply of trained professionals, contribute to their staff's continuing education, and provide a stimulating and rewarding work environment.

Addressing public health human resources is a challenge across the country and for the first time this challenge is a key focus among federal, provincial and territorial health ministers. In Ontario, the government has created a provincial health human resources strategy headed by an assistant deputy minister who reports jointly to MOHLTC and the Ministry of Training, Colleges and Universities. A strong public health component must be included in Ontario's efforts to move forward, and I will rely on the Capacity Review Committee to recommend a strategy for long-term systemic change.

System Fragility – Issues of Confidence and Coordination

The 2005 Legionnaire's disease outbreak in a Toronto long-term care home provided a test of the system and of the extent to which it had recovered and been strengthened through government action since SARS. While progress has been made, some of the difficulties that were experienced during SARS remain unresolved. Public and health care provider confidence in the system has clearly not been fully restored. However, considering the extent of decline in the system over the preceding decade, the basis for confidence in the system pre-SARS was primarily one of misplaced complacency. The experience with SARS continues to nurture fear, especially among front-line health care staff, about exposure to infectious diseases in their workplace. Both of these have implications for our collective ability to manage major infectious disease incidents in the future.

In the early stages of the Legionnaire's disease outbreak, it was clear that a respiratory pathogen had infected a large number of vulnerable elderly patients. Initially patients requiring hospitalization were placed in "negative pressure" isolation rooms until it was

known that the illness was not transmitted through the air from person to person. While it is reported that there has been a significant expansion in rooms that can do double-duty as negative pressure rooms since SARS, there were difficulties accessing these beds as they were being used for other patients and there is so little spare capacity in the system. Therefore, a central inventory of these critical resources is required in conjunction with a mechanism to manage scarce resources so that they are efficiently deployed with regard to system-wide needs and not just the requirements of the individual institution.

Communication with Front-line Staff

The SARS outbreak exposed gaps in our collective ability to communicate best practice advice for infection control to front-line health care workers. In the Legionnaire's disease outbreak, recommendations for hospital-based infection control practices were developed provincially and disseminated to institutions. However, based on feedback received to-date, this information did not reach the front-line staff in all institutions. The government has made significant enhancements to the distribution capacity of "Important Health Notices" for health care providers across the province. In addition, individual employers and organizations, including regulatory colleges, professional associations and organized labour must increase their efforts to ensure that all staff have the requisite information to promote both occupational health and safety and the appropriate care of patients. Similarly, individual practitioners have a responsibility to provide their contact information to health officials so that they can receive important health information in a timely fashion. A number of initiatives I outlined earlier including the creation of PIDAC, the EMU, Regional Infectious Disease Control Networks, and competency-based infection control training will also help to improve the content and reach of communication across and within the health care sector.

Ontario's Public Health Laboratory

Ontario's public health laboratory system is the invisible and unsung testing support service for much of our work in infectious diseases and outbreak control. As stated in the Walker Panel Report, "The ability to provide timely and accurate lab information... is key to an effective surveillance system and to a responsive public health system." Simply put, public health's ability to detect an outbreak and identify its cause depends on the existence of a strong, well-functioning public health laboratory system. Both federal and provincial post-SARS reports have stressed the priority of addressing the structure and capacity of public health laboratories across Canada. The Canadian Public Health Laboratory Network has identified the core functions and capabilities that are basic to the public health laboratory system (see list, on page 20). The Network has also recently developed a two-year strategic plan to improve laboratory surveillance, communication and collaboration across the country.

Public Health Laboratory Core Functions:

- Communicable disease surveillance, prevention and control
- Outbreak and emergency response to communicable diseases
- Environmental health and food safety
- Reference testing, specialized screening and diagnostic testing
- Biosafety, containment, and biohazard spill response programs
- Integrated communicable disease data management
- Public health policy development and evaluation
- Laboratory improvement and regulation (Quality Assurance)
- Training and education of health care and public health workers, and
- Public health related research and development

Source: Canadian Public Health Laboratory Network

In Ontario, the staff at both the central and regional public health laboratories have been called upon repeatedly in crises over the past decade to perform massive test volumes rapidly for public health units and health care providers. SARS, West Nile, and tuberculosis in Toronto's hostel system are but a few examples. The ability to rise to these challenges reflects the tremendous effort and dedication of the professional and technical staff within the public health laboratory, notwithstanding the chronic and increasingly urgent need to stabilize and strengthen these facilities.

The central role of the laboratory in outbreak control was illustrated in the 2005 Legionnaire's disease outbreak in Toronto. During the outbreak, delays were encountered in recognizing the cause due to false negative urine tests. Lack of a diagnosis caused undue fear among health care workers and the public, which in turn was fuelled by international media coverage of an "unknown" killer. While the in-house test that was initially used was at the cutting edge 15 years ago, better alternative supplementary testing exists today. An operational review of Ontario's public health laboratory is being completed and indicates a number of major challenges including the lack of a clear mandate, operational limitations, fragmented databases, under-developed academic and scientific linkages, and limitations of existing physical plants. Reflecting the challenging past and uncertain future, the laboratory suffers from substantial human resource shortages. For example, it currently employs only one medical microbiologist, one scientist, and a half-time medical director. The Walker Panel Report recommended a minimum of six medical microbiologists, but even these would be substantially less than the number of medical microbiologists employed at British Columbia's Centre for Disease Control, which serves a population a third of the size of Ontario. Nor would they account for the medical leadership needed across 11 regional laboratories. The challenge is not simply a matter of having positions available, but rather the ability to attract and retain leading scientists and professionals in a highly competitive market. Without this critical mass of expertise, we are at risk of being left behind.

The current situation must be turned around if the public health laboratory is to serve the public interest during future infectious disease outbreaks. Its critical importance to the health of the public must be recognized and much-needed stability returned to its staff and operations. As stated by Justice Campbell, "the capacity of a laboratory system to respond to an outbreak of infectious disease must pre-exist any future outbreak because it is impossible to create it during an outbreak." Information systems are essential for any modern enterprise, and are especially crucial for a public health laboratory, which must integrate with and inform disease control efforts. The laboratory must be on the cutting edge of new knowledge and therefore requires strengthened linkages with academic health science centres and the research community. Unless the laboratory is appropriately staffed, resourced, and fully integrated with the rest of the public health system, Ontario will be vulnerable. The laboratory is on the front lines of disease surveillance and we cannot afford this essential service to be a weak link in our disease control efforts. Action is required now.

The best and possibly only hope for public health laboratory renewal lies in Ontario's commitment to create a provincial Public Health Agency. As jurisdictions elsewhere in Canada and the world have done, Ontario is planning to have the public health laboratory as a key component of the Agency in order to integrate epidemiological and laboratory services under one roof. The site for this facility needs to be chosen in a manner that maximizes both its academic links and its geographic proximity to teaching hospital-based laboratories and scientific innovation centres. Failure to take advantage of this strategic opportunity will relegate this essential service to an even more uncertain future, resulting in a loss of the expertise and commitment needed to protect the health of Ontarians.

Pandemic Preparedness

While SARS was a major wake-up call, and definitely a tragic loss for individuals, families, and affected workplaces, it was a relatively modest outbreak with 375 cases (including 44 deaths) caused by a virus that was neither highly lethal nor highly transmissible. Despite this, it overwhelmed the public health system, paralysed the health care system, and had significant consequences on the hospitality and tourism sectors with a total economic impact topping $2 billion across Canada. An influenza pandemic would be much more massive in scope because human strains of influenza are highly transmissible. Depending on the severity of the pandemic, Ontario may see between 1.8 and 4.2 million outpatient visits, between 7,500 and 65,000 hospitalizations, and between 2,900 and 19,700 deaths. While these estimates do not take into account the potential impact of antiviral drugs or an effective vaccine, they do give an approximate order of magnitude of health impacts that must be taken seriously by every government and health organization.

As has been said by many commentators since SARS, the only thing harder than planning for an emergency is explaining why you didn't. Pandemic preparation involves dealing with probabilities and making many judgement calls, not unlike earlier decisions about how well to fortify the levees of New Orleans. Ontario is better prepared than we were two years ago:

- roles and responsibilities in a health emergency have been clarified
- surveillance activities have been enhanced to identify outbreaks sooner, with reporting of outbreaks now occurring within 24 rather than 72 hours
- criteria for admission/discharge and transfers within hospitals have been developed to maximize bed utilization in a pandemic
- laboratory testing that will be available at each phase of a pandemic has been outlined
- a pandemic plan specifically for long-term care homes has been distributed
- the government has initiated the stockpiling of antivirals and other supplies anticipated to be in short supply.

A challenge that emergency planners and public health officials are facing in every jurisdiction is to determine what level of preparedness is sufficient and what other initiatives will be curtailed as a result of pandemic-related plans. While the Province has engaged many experts within health care and beyond in its pandemic planning, there has not been enough communication with Ontarians to allow them to understand the concept and implications of an influenza pandemic, including the province's planned response, the actions that each of us can take to protect ourselves, and our response should we or those we care about become ill. Our ability to manage during a pandemic will be dependent on the strength of our collective response, including the extent to which we are able to care for ourselves and our neighbours; our ability to prioritize health care to those in greatest need; and the degree to which we maintain the many services that comprise our complex society.

In the coming year the provincial plan will be updated to outline the strategies to be used in an influenza pandemic to avoid hospitalization. These will include a consolidated community health care agency response, how supplies will reach the community level, and how individual physicians, nurses, and other health care practitioners will contribute to and be supported by the provincial pandemic response. Pandemic preparedness will be a significant focus of my attention in the coming year and I will provide a situation update in my 2006 Report.

Final Comments

In this report, I have outlined the significant progress that has been made to strengthen Ontario's public health system over the past two years, along with the substantial work that remains to be done. In spite of the challenging environment, public health professionals both in the field and in the ministry continue to work hard to protect and promote the health of Ontarians. As outlined in distressing detail in the Naylor, Walker, and Campbell reports, long-standing complacency was the underlying theme leading to a weakened public health system. Following SARS, a flurry of activity occurred to begin to respond to the preceding decade of system decline. However, the renewal of public health is but one public policy issue among many, the memory of negative events such as SARS fade with time, and it is natural to be reassured by the initial actions taken in response to a crisis.

The focus on SARS and public health emergencies is also "double-edged" because, while it provides a positive opportunity to strengthen health protection, it risks diverting attention and resources away from prevention and promotion, which is not in the long-term public interest. While the initial focus is on building the foundation of a stronger system, future action must also be directed to strategies and programs across the public health spectrum that improve health and tackle the root causes of illness and injury.

The challenge with rebuilding the public health system is that it will take several years of concerted effort and focus to fulfill the recommendations outlined by Walker and Campbell. Unless those recommendations are fully implemented, public health will not be able to fulfill its legislated mandate or meet the expectations of the public. It is my role as an independent voice for the public's health and the state of the public health system to identify when misalignment exists and to point the way towards corrective action.

We are now close to the three-year point post-SARS and are entering a critical time period that will define whether the momentum for system renewal will be maintained or allowed to dissipate. Following receipt of the Capacity Review Committee's final report in early 2006, many challenging decisions will be required to improve the governance, configuration and capacity of Ontario's public health units. A revitalized public health laboratory in conjunction with a provincial Public Health Agency is the other critical pillar of system renewal. Our ability to protect the health of Ontarians against future threats will rely on the strength of these foundational elements.

Ontario

Établir des assises solides pour la construction d'un système de santé publique robuste au bénéfice des Ontariennes et des Ontariens

Rapport annuel 2005 du
médecin-hygiéniste en chef à l'intention de
l'Assemblée législative de l'Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Chief Medical Officer of Health and Assistant Deputy Minister

Public Health Division
11th Floor, Hepburn Block
Queen's Park
Toronto, ON M7A 1R3

Telephone: (416) 212-3831
Facsimile: (416) 325-8412

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Médecin hygiéniste en chef et Sous-ministre adjoint

Division de la santé publique
Édifice Hepburn, 11e étage
Queen's Park
Toronto (ON) M7A 1R3

Téléphone: (416) 212-3831
Télécopieur: (416) 325-8412

Ontario

Décembre 2005

Bureau du médecin-hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint

À l'honorable président de l'Assemblée législative :

J'ai le plaisir, à titre de médecin-hygiéniste en chef, de remettre par la présente le Rapport annuel 2005 du médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario en vue de son dépôt devant l'Assemblée conformément aux dispositions du paragraphe (4) de l'article 81 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé.*

RECEIVED
JAN 17 2006
CLERK OF JOURNALS AND PROCEDURAL RESEARCH

Dre Sheela V. Basrur
Médecin-hygiéniste en chef

Table des matières

3 Résumé

6 Introduction – Le rôle et le mandat du système de santé publique

7 Progrès dans le renforcement du système de santé publique de l'Ontario

9 L'Agence de santé publique de l'Ontario

10 La capacité des bureaux de santé publique locaux

11 Le renforcement de la capacité de contrôle des maladies infectieuses

11 Comité consultatif provincial sur les maladies infectieuses

12 Réseaux régionaux de contrôle des infections

12 Formation en matière de contrôle des infections

13 État de préparation en cas d'urgence

15 Réponse du système à divers types de menaces

15 Éclosion de rubéole – Comté d'Oxford

16 Éclosion de la maladie du Légionnaire – Toronto

17 Ministère de la Promotion de la santé

18 Domaines où subsistent des préoccupations

18 Postes de médecins-hygiénistes à pourvoir depuis longtemps et autres problématiques au plan de la dotation en ressources humaines

20 La précarité du système – Confiance et concertation

21 Communication avec les travailleurs de la santé en première ligne

22 Le laboratoire de santé publique de l'Ontario

24 L'état de préparation en cas de grippe pandémique

26 Commentaires liminaires

Résumé

La crise du SRAS fut l'élément déclencheur du processus de mise à niveau du système de santé publique, tant en Ontario que dans l'ensemble du pays. Le juge Campbell dresse le constat d'un « système défaillant », résultat d'un lent déclin au fil des ans. En 2005, l'on a connu des éclosions graves de rubéole et de la maladie du Légionnaire ainsi que l'épisode de l'eau contaminée à Kashechewan, et l'on observe une préoccupation grandissante au sein de la population quant à l'état de préparation des gouvernements en cas de pandémie d'influenza. Ces circonstances ont davantage mis en relief le rôle critique de la santé publique dans la prévention, la détection, les enquêtes et la gestion des éclosions de maladies infectieuses.

Aussi, dans le cadre du plan d'action gouvernemental visant à renforcer le système de santé publique en cette ère post-SRAS, l'on a conféré au médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario des pouvoirs accrus. Signalons notamment l'indépendance dont jouit dorénavant le titulaire de cette fonction, alors que son rapport annuel sur l'état de la santé publique dans la province doit être présenté à l'Assemblée législative de l'Ontario. Dans ce premier rapport indépendant à l'intention de l'Assemblée, j'insiste en particulier sur le parcours accompli jusqu'à maintenant dans le processus de renouvellement du système depuis la fin de la crise du SRAS en 2003. L'accent que j'y ai mis sur la protection ne vient en rien occulter l'importance des autres fonctions dont le système s'acquitte. Il importe de jeter les bases d'un système de santé publique qui soit résilient et efficace afin d'assurer la protection de la santé des citoyens tout en renforçant notre capacité de composer avec tous les volets de la santé publique. Car le mandat de la santé publique ne vise pas uniquement à composer avec la menace immédiate que représentent les maladies infectieuses, mais aussi avec les besoins à long terme en matière de lutte contre les maladies chroniques, la prévention des blessures, l'épanouissement sain des enfants, la santé familiale et communautaire, ainsi que la santé environnementale – les déterminants de la santé et de la maladie en étant le fil conducteur. L'aptitude à s'acquitter de ces responsabilités sera tributaire de la résilience et de la capacité de notre système de santé publique.

Ce rapport est en quelque sorte un « examen » de la santé du système de santé publique de la province. Dans l'ensemble, mon appréciation du système en est une « d'optimisme mesuré ». En effet, malgré les importants progrès réalisés au cours des deux dernières années, beaucoup reste à faire. Dans ce rapport, je souligne les endroits où il y a eu progrès tout en ciblant ceux où la situation demeure préoccupante.

En juin 2004, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a publié un document éponyme, intitulé *Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario.* Parmi les nombreux volets de ce plan d'action qui sont présentement en voie d'être mis en oeuvre, l'on se doit de souligner l'importance de l'un des éléments les plus cruciaux de cette stratégie, soit la mise en place de l'Agence de santé publique de l'Ontario. Il s'agit là d'un centre d'excellence qui fera en sorte que l'Ontario puisse compter sur une source crédible, fiable et objective de connaissances, de renseignements et de données en matière de santé publique pouvant être mises au service de l'élaboration de pratiques et de politiques efficientes et efficaces. Les diverses expériences glanées auprès des agences de santé publique déjà implantées ailleurs au Canada et dans le monde entier serviront à en façonner

les divers éléments. Le comité d'experts qui s'est penché sur cette question a présenté ses recommandations intérimaires en octobre 2005 et son rapport final est attendu au début de 2006.

Le laboratoire provincial de santé publique serait l'une des pierres d'assise de l'Agence. C'est à ce laboratoire que l'on s'adresse lorsqu'il s'agit d'identifier l'agent infectieux à la source d'une éclosion (par exemple, dans le cas du SRAS et de la maladie du Légionnaire), ainsi que pour faire réaliser des tests en quantité massive afin d'appuyer le traitement des patients et les décisions des gestionnaires lors d'une éclosion. Cependant, en son état actuel, le laboratoire de santé publique a des lacunes graves, voire fondamentales. Il faut remédier sans tarder à cette situation si l'on veut que ce laboratoire puisse satisfaire les intérêts de la santé publique lors d'éclosions de maladies infectieuses qui risquent de survenir à l'avenir. Or, jusqu'à ce que le laboratoire soit doté des ressources humaines et matérielles convenables et qu'il soit pleinement intégré au reste du réseau de santé publique, l'Ontario demeure vulnérable.

Les 36 bureaux de santé publique locaux constituent la première ligne de protection de la santé de la population ontarienne. Plusieurs questions importantes demeurent sans réponse en ce qui concerne la structure de ce réseau et la suffisance de sa capacité à protéger et à promouvoir efficacement la santé de tous les Ontariens et Ontariennes. Plusieurs postes de médecin-hygiéniste restent à pourvoir au sein d'un grand nombre de bureaux de santé publique et ce, depuis fort longtemps, et le recrutement d'autres types de professionnels de la santé publique y pose également problème. Un comité d'examen des capacités a été mis sur pied afin d'examiner notamment ces problèmes, et son rapport final est attendu au début de 2006. Je pressens que les recommandations à cet égard feront état de transformations fondamentales dans leur fonctionnement, y compris la consolidation de certains bureaux de santé publique afin d'atteindre une masse critique d'expertise et de ressources.

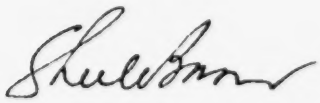
La crise du SRAS a exposé au grand jour les diverses lacunes dans notre capacité à contrer l'éclosion et la propagation de maladies infectieuses en Ontario. Une mise à niveau de grande envergure ayant été entreprise depuis la crise du SRAS, d'importantes éclosions de rubéole et de la maladie du Légionnaire en 2005 sont venues mettre à l'épreuve les progrès réalisés jusqu'alors. L'éclosion de rubéole est survenue dans un petit bureau de santé publique qui ne disposait pas depuis plusieurs années des services à temps plein d'un médecin-hygiéniste dûment qualifié. Bien que le système ait pu composer favorablement avec cette situation, grâce notamment à un apport substantiel d'entraide de l'extérieur contribuant à maîtriser l'éclosion, cela a illustré l'absence d'une masse critique suffisante d'expertise et de ressources dans les bureaux de santé publique de faible taille. L'éclosion de la maladie du Légionnaire a, quant à elle, mis en relief la nécessité de consentir encore davantage d'efforts en vue d'améliorer la coordination et les communications au sein du système de soins de santé. Ces deux incidents nous procurent de précieux enseignements quant à la capacité de l'Ontario à gérer des incidents plus importants d'éclosion de maladies infectieuses à l'avenir.

On a mis en oeuvre de nombreuses autres initiatives visant à faciliter la gestion des éclosions. D'importants progrès ont été réalisés dans le renforcement de notre capacité de réponse en cas d'éclosion de maladies infectieuses. Signalons, par exemple, la mise sur pied d'un comité provincial d'experts sur les maladies infectieuses, chargé de fournir des conseils scientifiques d'experts aux travailleurs du réseau de la santé publique et des soins de santé en général. L'on procède également à la mise en place de réseaux régionaux de lutte à la propagation des maladies infectieuses afin de rehausser la coordination et la communication à l'échelle locale.

L'on intensifie également la conception des programmes de formation des travailleurs de la santé dans la lutte à la propagation des maladies infectieuses.

L'on observe une préoccupation grandissante, tant au sein du milieu de la santé que de la population en général, au sujet de notre état de préparation en cas de grippe pandémique. L'Ontario a élaboré son premier plan de lutte contre la grippe pandémique en 2004 et a procédé à sa mise à jour en 2005. Bien que nous soyons aujourd'hui mieux préparés qu'il y a deux ans à affronter une telle situation, il y a encore fort à faire. Il faut accroître la planification et la dotation en ressources afin de nous assurer de pouvoir disposer de réserves de matériel et de produits pharmaceutiques en temps utile et que les plans de distribution de ces éléments soient prêts au moment opportun. Il y a notamment lieu de circonscrire les rôles et les responsabilités des préposés aux paliers local, provincial et fédéral dans le cadre de la planification des mesures d'intervention au sein des communautés des Premières nations. Il y a eu certes des discussions au sujet de l'établissement d'un protocole formel d'intervention en cas d'urgence de santé publique touchant des communautés des Premières nations, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour y arriver.

En procédant à la reconstruction de notre système de santé publique, il convient « d'éviter de colmater les brèches sans réparer convenablement la fondation », comme l'a récemment affirmé le Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada, en commentant les efforts consentis par le passé au renouvellement du système. Le défi qui se pose, c'est que le renouvellement du système de santé publique de l'Ontario exigera des efforts concertés pendant plusieurs années. Il s'est écoulé presque trois ans depuis la crise du SRAS et nous entreprenons une phase critique qui déterminera si nous saurons poursuivre sur notre lancée pour renouveler le système ou si, au contraire, cette synergie se dissipera. La création de l'Agence de santé publique de l'Ontario et, partant, d'un laboratoire de santé publique entièrement revitalisé, ainsi que le renforcement de la capacité des bureaux de santé publique locaux, sont des étapes cruciales qu'il faudra franchir en 2006. L'aptitude à protéger et à promouvoir la santé des Ontariennes et des Ontariens contre les menaces qui se poindront à l'avenir dépendra, à tout le moins, de la mise en oeuvre complète de ces initiatives. Ce faisant, nous aurons établi des assises solides pour la construction d'un système de santé publique robuste et efficace, dans lequel les citoyens de l'Ontario pourront avoir confiance à juste titre. Dans les rapports que je présenterai à l'avenir, je compte faire état notamment des progrès qui auront été réalisés à ce chapitre et des questions qui demeurent préoccupantes et nécessitent un suivi particulier.



Dre Sheela V. Basrur
Médecin-hygiéniste en chef

Introduction – Le rôle et le mandat du système de santé publique

Le mandat du système de santé publique consiste à améliorer la santé de la population en assurant la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé. L'amélioration observée au plan de l'espérance de vie des individus au cours du siècle écoulé est attribuable, en bonne partie, aux mesures de santé publique visant à assurer l'accès à un approvisionnement sécuritaire en eau potable, la disposition sécuritaire des eaux d'égout, de meilleurs logements et l'immunisation généralisée de la population. Les efforts consacrés de nos jours en matière de santé publique visent à relever divers défis et à juguler diverses problématiques : maladies infectieuses, maladies chroniques, prévention des blessures, épanouissement sain des enfants, santé familiale et communautaire, ainsi que la santé environnementale. L'on porte une attention grandissante aux déterminants de la santé de nature sociale, économique ou environnementale, autant de sphères appelant également des interventions du ressort de la santé publique. Dans la foulée des nombreuses responsabilités qui lui incombent, le système de santé publique est un rouage critique dans la prévention, la détection, les enquêtes et la gestion des éclosions de maladies infectieuses. Aussi, la satisfaction de ces responsabilités est tributaire de la force et de la capacité du système dans son ensemble.

Après un lent déclin du système, la crise du SRAS fut l'élément déclencheur du processus de mise à niveau du système de santé publique, tant en Ontario que dans l'ensemble du pays. Les rapports produits par le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses (le Comité Walker) et la Commission d'enquête sur la crise du SRAS (la Commission Campbell) contiennent une foule de recommandations visant à renforcer la structure et la capacité du système de santé publique de l'Ontario. Ces recommandations ont inspiré le programme *Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario*, que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a présenté en juin 2004.

Le programme *Opération Protection de la santé* comporte en outre l'engagement de conférer au médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario des pouvoirs accrus pour assurer la protection de la santé de la population ontarienne. Le 15 décembre 2004, l'Assemblée législative de l'Ontario adopte, à l'unanimité, le projet de loi 124 modifiant la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, laquelle prescrit depuis lors que « le médecin-hygiéniste en chef rédige chaque année un rapport sur l'état de la santé publique en Ontario et le remet au président de l'Assemblée législative [qui] ... dépose le rapport devant l'Assemblée dès que raisonnablement possible ». Ces modifications à la loi sont, parmi d'autres, les premières réformes d'envergure apportées aux fonctions du médecin-hygiéniste en chef depuis l'adoption de la loi dans sa première mouture il y a 20 ans déjà.

Le pouvoir de présenter un rapport indépendant portant sur l'état de la santé publique représente une responsabilité à laquelle j'attache une importance cardinale. Pour la première fois, le médecin-hygiéniste en chef joue un rôle de « chien de garde », que j'exerce en parallèle à mes fonctions au sein de l'appareil gouvernemental à titre de sous-ministre adjointe. Ces attributions particulières me donnent l'occasion de prendre le pouls des progrès

réalisés dans l'amélioration et la protection de la santé des individus, tout en signalant les questions préoccupantes soulevées par la persistance d'un risque ou l'émergence de nouveaux risques à la santé du public en général.

Dans ce premier rapport indépendant à l'intention de l'Assemblée, j'insiste en particulier sur le parcours accompli jusqu'à maintenant dans le processus de renouvellement du système depuis la fin de la crise du SRAS en 2003. J'estime qu'il est à la fois raisonnable et souhaitable de prendre la mesure de nos progrès réalisés jusqu'à ce jour et de mettre en relief les enjeux qui demeurent préoccupants. L'occurrence de deux éclosions graves de maladies infectieuses en 2005, celles de la rubéole et de la maladie du Légionnaire, en plus de la préoccupation grandissante au sein de la population quant à l'état de préparation des gouvernements en cas de pandémie d'influenza, ne font que souligner l'à-propos de consacrer l'essentiel de ce rapport à un tel examen.

Par ailleurs, le fait que mon premier rapport à l'Assemblée législative soit axé sur la protection de la santé ne vient en rien occulter l'importance des autres enjeux en matière de santé publique. En effet, mon rapport annuel pour l'année 2004 était essentiellement consacré aux enjeux de l'obésité et de la nécessité d'instaurer des stratégies globales et multisectorielles afin de contrer cette épidémie que l'on peut prévenir en bonne partie. Cependant, ce sont nos responsabilités et notre capacité en matière de protection de la santé de la population qui sont aujourd'hui le point de mire car, si nous n'arrivons pas à y voir clair, il en découlera de graves conséquences pour la société qui auront également pour effet de miner la confiance du public et son soutien à l'égard de toutes les facettes des programmes de santé publique.

Progrès dans le renforcement du système de santé publique de l'Ontario

L'*Opération Protection de la santé* consiste en un plan d'action triennal mis en place par le gouvernement afin de procéder à la mise à niveau du système de santé publique de l'Ontario dans une perspective d'intégration globale. Les deux dernières années ont marqué une période d'activité fébrile au plan du développement du système; les incidents survenus en 2005 sont venus renforcer la justesse des orientations prises à cet égard (nous vous invitons à consulter la liste des diverses initiatives ci-après).

Le statu quo a pris des années à s'installer, donc l'on comprendra qu'il faudra un certain temps avant que le tout soit complètement restauré. Il n'est évidemment pas possible ici de préciser en détail toutes les initiatives en cours; je désire néanmoins souligner certains faits marquants ayant jalonné ce parcours.

Faits saillants et mesures ciblant la mise à niveau du système de santé

2004

avril	Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses (Rapport Walker)
	Rapport provisoire – Le SRAS et la santé publique en Ontario – (Premier rapport Campbell)
mai	Plan ontarien de lutte contre la grippe pandémique (POLGP)
juin	Opération Protection de la santé
juil.	De la ferme à la fourchette : une stratégie intégrale pour la salubrité des viandes en Ontario (Rapport Haines)
juil.	Financement public de la vaccination des enfants contre les infections pneumococciques, la varicelle et la méningite
sept.	Création des conseils de santé publique
nov.	Poids santé, vie saine – Rapport du médecin-hygiéniste en chef
dec.	Le projet de loi 124 visant à modifier la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* accorde une indépendance et des pouvoirs accrus au médecin-hygiéniste en chef

2005

janv.	Le médecin-hygiéniste en chef établit le Groupe de travail sur la création de l'Agence
	Le médecin-hygiéniste en chef établit le Comité d'examen des capacités
	La part du financement provincial de la santé publique passe de 50 % à 55 %
	Création du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)
	Confirmation du financement à 100 % de 180 postes à temps complet dans le secteur des maladies transmissibles au sein des bureaux de santé publique locaux
	Début de travaux d'implantation de la vidéoconférence dans les établissements de la santé publique et de l'établissement de laboratoires de santé publique
avril	Deuxième rapport provisoire – Le SRAS et les lois applicables en santé publique (Deuxième rapport Campbell)
mai	Éclosion de rubéole dans le comté d'Oxford
juin	Plan ontarien de lutte contre la grippe pandémique – deuxième diffusion
	La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* reçoit la sanction royale. En vertu de cette loi, les lieux de travail et les endroits publics deviennent des milieux sans fumée, et l'étalage pour la vente au détail des produits du tabac est graduellement restreint
	Annonce de la création du ministère de la Promotion de la santé
sept.	La Direction de la santé publique annonce sa nouvelle structure organisationnelle
oct.	Éclosion de la maladie du Légionnaire dans un établissement de soins de longue durée à Toronto
	Rapport provisoire du Groupe de travail sur la création de l'Agence
	Contamination de l'eau potable à Kashechewan
nov.	Rapport provisoire du Comité d'examen des capacités

L'Agence de santé publique de l'Ontario

L'un des éléments fondamentaux du programme *Opération Protection de la santé* consiste en l'établissement d'une agence de santé publique provinciale indépendante, laquelle serait chargée de fournir des conseils scientifiques et techniques à la fine pointe aux intervenants de première ligne chargés d'assurer la protection et la promotion de la santé des Ontariennes et des Ontariens. J'ai donc constitué à cette fin, au début de 2005, le Groupe de travail sur la création de l'Agence, dont le mandat est de me conseiller au sujet de la conception, de la mise au point et de l'implantation de l'Agence de santé publique de l'Ontario. Le comité d'experts qui s'est penché sur cette question a présenté ses recommandations intérimaires en octobre 2005. Les diverses expériences glanées auprès des agences de santé publique déjà implantées aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Québec et en Colombie-Britannique ont servi à en façonner les orientations, dont celle d'en faire un centre d'excellence en matière de santé publique qui fera en sorte que l'Ontario puisse compter sur une source crédible, fiable et objective de connaissances, de renseignements et de données en matière de santé publique pouvant être mises au service de l'élaboration de pratiques et de politiques efficientes et efficaces.

Les recommandations préliminaires des membres du groupe de travail consistent essentiellement en un énoncé des fonctions, programmes et services qui seraient en principe confiés à l'Agence (voir le tableau ci-après). Traduisant l'importance de son rôle d'enquête et de contrôle des maladies infectieuses, le laboratoire de santé publique est un rouage essentiel de l'Agence. En outre, l'état actuel du laboratoire provincial de santé publique est particulièrement préoccupant; j'aborde d'ailleurs cette question plus à fond un peu plus loin dans ce rapport.

Groupe de travail sur la création de l'Agence – Recommandations préliminaires

Fonctions et services :

- surveillance et épidémiologie
- recherche
- partage des connaissances
- diagnostics en laboratoire spécialisés
- perfectionnement professionnel
- communications

Programmes :

- maladies infectieuses
- promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des blessures
- santé environnementale
- soutien à la gestion en cas d'urgence

Le groupe de travail a également formulé des recommandations au sujet de la gouvernance de l'Agence ainsi qu'au sujet des rôles et des responsabilités de l'Agence et du ministère. Le groupe de travail consacrera maintenant son action vers l'élaboration d'un plan de mise en oeuvre de haut niveau pour l'Agence, recommandant les axes prioritaires d'action pour ses trois premières années d'exploitation, ainsi que le plan de dotation en ressources financières et le budget d'exploitation de l'Agence afin de pourvoir au financement des programmes, des fonctions et des services dont elle sera responsable. Je présenterai un suivi au sujet de la mise en oeuvre de l'Agence de santé publique de l'Ontario dans mon rapport pour l'année 2006.

La capacité des bureaux de santé publique locaux

Bien qu'il soit important que le leadership, la coordination et la capacité soient présents à l'échelle provinciale, l'on ne doit jamais perdre de vue que la santé publique est instrumentalisée à l'échelle locale. Tous les conseils d'experts du monde entier sur les meilleures pratiques en matière de santé publique ne riment à rien s'il n'existe pas, à l'échelle locale, une capacité suffisante pour les mettre en oeuvre. Aussi, dans la continuité du plan d'action *Opération Protection de la santé*, j'ai mis sur pied en janvier 2005 un Comité d'examen des capacités (CEC) chargé d'examiner la capacité des bureaux de santé publique locaux. Le CEC a procédé à un examen exhaustif des caractéristiques intrinsèques de ces éléments fondamentaux du système de santé publique (voir le tableau ci-après).

Comité d'examen des capacités – Analyse des caractéristiques intrinsèques des bureaux de santé publique locaux

- Gouvernance, structure et configuration
- Financement
- Mécanismes de reddition de comptes
- Ressources humaines exerçant en santé publique
- Recherche et transfert des connaissances

Le CEC a présenté son rapport intérimaire en novembre 2005, mettant en lumière les divers enjeux complexes et interdépendants qu'il convient de décortiquer. La phase suivante consistera à passer en revue les études commandées et les entrevues réalisées, les observations des groupes de discussion et des participants aux tables rondes à laquelle ont été conviés les divers intervenants afin d'évaluer les diverses pistes de solution dégagées afin de rehausser la capacité des bureaux de santé publique locaux. Je pressens que les recommandations à cet égard feront état de transformations fondamentales dans leur fonctionnement, notamment la consolidation de certains bureaux de santé publique afin d'atteindre une masse critique d'expertise et de ressources. Je présenterai dans mon rapport pour l'année 2006 un suivi des progrès réalisés dans le renforcement de la capacité des bureaux de santé publique locaux en Ontario, lesquels doivent être dotés des capacités et des ressources qui s'imposent pour qu'ils puissent effectivement constituer notre première ligne de défense contre les maladies infectieuses.

Le renforcement de la capacité de contrôle des maladies infectieuses

Comité consultatif provincial sur les maladies infectieuses

Établi afin de servir de guichet unique de conseils d'experts sur les maladies infectieuses pour l'ensemble de l'Ontario, le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) a vu le jour en juin 2004. Le CCPMI conseille notamment le médecin-hygiéniste en chef sur les questions liées à la prévention, à la surveillance et au contrôle des maladies infectieuses, et constitue un mécanisme permettant l'analyse des questions et une prise de décisions davantage collégiale entre les intervenants du système de santé publique et ceux de l'ensemble du système de soins de santé. La structure du CCPMI et de ses sous-comités sont conçus expressément pour pouvoir y intégrer des représentants de diverses disciplines exerçant respectivement dans ces deux systèmes. L'on y retrouve notamment des infirmiers et infirmières hygiénistes, des inspecteurs en santé publique et des médecins pratiquant en santé publique, ainsi que d'autres praticiens issus diverses disciplines, dont la microbiologie médicale, la médecine vétérinaire, les maladies infectieuses, le contrôle des infections en établissement, les soins primaires, et la santé et sécurité au travail.

Meilleures pratiques du CCPMI – Projets achevés et en cours

- Manuel des meilleures pratiques pour contrer le *C. difficile* (déc. 2004)
- Manuel des meilleures pratiques pour contrer l'infection respiratoire fébrile (sept. 2005)
- Examen de la liste des maladies à signalement obligatoire de l'Ontario (HPPA), y compris les définitions de cas (2006)
- Manuel des meilleures pratiques concernant les organismes résistant aux antibiotiques (2006)
- Manuel des meilleures pratiques pour le reconditionnement des appareils médicaux (2006)
- Adaptation pour l'Ontario des lignes directrices fédérales en matière d'infection à méningocoques (2006)
- Stratégies de surveillance des principales infections nosocomiales (*C. difficile* et SARM) (2006)

En plus de susciter la communication parmi ces professionnels issus de disciplines diverses, la complémentarité de leurs forces et perspectives respectives favorise le transfert des connaissances scientifiques en recommandations de meilleures pratiques qui seront des plus pertinentes pour l'ensemble du système de santé. Comme on le voit ci-dessus, le CCPMI et ses sous-comités ont produit et continuent à produire des orientations et des recommandations dans divers domaines importants.

Au-delà de ses activités régulières, le CCPMI constitue en soi une excellente ressource lors d'une situation d'urgence. En 2005, durant les éclosions de la rubéole et de la maladie du Légionnaire, les équipes sur le terrain ont pu bénéficier au plus haut point des conseils judicieux de ce groupe d'experts déjà constitué afin de recevoir des conseils pointus en temps utile, au lieu de devoir se fier à un mécanisme ad hoc pour obtenir des conseils à la pièce (comme ce fut le cas durant la crise du SRAS). Les conseils scientifiques du CCPMI ont également contribué à l'élaboration de divers aspects du plan d'action contre la grippe pandémique.

Réseaux régionaux de contrôle des infections

L'expérience du SRAS a démontré la nécessité d'améliorer la coordination à l'échelle locale et d'avoir accès à une information pertinente en matière de prévention et de contrôle des infections, dans l'ensemble du réseau des soins de santé. Des réseaux régionaux de contrôle des infections sont mis en place afin d'optimiser la coordination et l'intégration à cet égard à l'échelle des régions. Les réseaux conjuguent les efforts de représentants de la santé publique, des soins de courte durée, des soins de longue durée et des soins communautaires. Le comité directeur régional, le coordinateur du réseau et le coordinateur médical assurent l'orientation, la direction et la gestion de l'ensemble des activités au sein du réseau.

Création de réseaux régionaux de contrôle des infections

Réseaux initiaux (financés à compter de mars 2005) :

- Champlain
- Centre-Sud de l'Ontario
- Sud-Est de l'Ontario
- Nord-Ouest de l'Ontario

Les réseaux favorisent une approche commune à la prévention et au contrôle des infections ainsi que le recours aux meilleures pratiques au sein de la région. Ceci passe notamment par la standardisation de politiques, des méthodes, des protocoles et des pratiques de surveillance visant la prévention et le contrôle des infections. En plus de favoriser la communication et la coordination à l'échelle locale, les réseaux constituent une boucle de rétroaction importante dans la mise en oeuvre des conseils du CCPMI. Ils sont notamment bien positionnés pour assurer d'une façon concertée l'examen et la mise en oeuvre des conseils en matière des meilleures pratiques fournis par le CCPMI.

Le financement des premiers réseaux a été instauré en mars 2005; ils ont alors commencé le processus de mise en place de leurs comités respectifs et d'embauche de coordinateurs, ce qui s'est achevé en octobre 2005. Le lancement de ce processus pour l'établissement de quatre autres réseaux est prévu au début de 2006. En se fondant sur l'expérience acquise lors de la mise en place des quatre premiers réseaux, le ministère estime que les 14 réseaux prévus auront tous été implantés dans l'ensemble de la province d'ici la fin de l'exercice 2006-2007.

Formation en matière de contrôle des infections

Le MSSLD, en partenariat avec des intervenants de premier plan, procède présentement à la préparation d'un programme d'acquisition de compétences en matière de prévention et de contrôle des infections. Le programme permettra de mettre au point des outils de formation à la fine pointe afin de dispenser une formation permettant l'acquisition des compétences essentielles par les travailleurs de la santé en première ligne dans trois différents créneaux : soins de courte durée, soins de longue durée, et soins communautaires. Le contenu scientifique du programme sera examiné et entériné par le sous-comité de prévention et contrôle des infections du CCPMI, alors que les réseaux de contrôle des infections compteront parmi les principaux vecteurs permettant de dispenser cette formation aux travailleurs en première ligne. L'on procédera à l'essai et à l'évaluation d'outils de formation en ligne dans trois hôpitaux de soins de courte durée en décembre 2005 et en janvier 2006,

ainsi qu'à un centre d'accès aux soins communautaires (CASC) au printemps 2006. Selon les résultats de l'évaluation des projets pilotes et les autres commentaires recueillis à cet égard, l'on prévoit la mise en service généralisée de ces outils de formation dès l'été 2006.

État de préparation en cas d'urgence

Dans une large mesure, la réponse d'un système lors d'une situation d'urgence est tributaire de sa capacité du moment et de la planification effectuée au préalable, *avant* que l'événement urgent ne survienne. Les bureaux de santé publique assumeront un rôle actif dans l'amorce de l'intervention en cas d'une urgence de santé publique, ce qui signifie qu'ils doivent tout d'abord avoir la capacité de planifier, de donner la formation et de réaliser des exercices en préparation de tels événements, de manière continue. Comme la crise du SRAS nous l'a enseigné de manière non équivoque, les urgences de santé publique ont des ramifications importantes dans tout l'ensemble du système des soins de santé et de l'infrastructure communautaire, et il convient donc de mettre en place un mécanisme permettant de coordonner de manière efficace la réponse de l'ensemble du réseau de la santé à de tels événements.

L'Unité de gestion des situations d'urgence (UGSU) a été créée par le ministère en 2003 pour assurer la prise en charge et la coordination des activités de planification et d'intervention pour faire face à des situations d'urgence dans le domaine de la santé. L'UGSU relève dorénavant du médecin-hygiéniste en chef, ce qui traduit le rôle de leadership conféré au médecin-hygiéniste en chef en cas de situation d'urgence dans le domaine de la santé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la sphère de la santé publique. L'UGSU a élaboré des nouveaux protocoles et des systèmes permettant d'avertir en temps utile les fournisseurs de soins de santé en émettant des « mises en garde importantes en matière de santé », en affichant sur son site Web des renseignements pertinents à l'intention des fournisseurs des soins de santé et du public en général au sujet de la planification des mesures d'urgence, et en dressant des plans d'intervention d'urgence pour l'ensemble du secteur de la santé.

L'UGSU assume un rôle précieux dans la coordination, pour l'ensemble du ministère, de la planification des mesures d'urgence et des interventions du système de santé lors de divers incidents, qu'il s'agisse d'une catastrophe naturelle comme les inondations à Peterborough en 2004 ou de l'évacuation de Kashechewan en 2005. L'UGSU fait notamment le lien entre le MSSLD et Gestion des situations d'urgence Ontario, l'organisme chargé de coordonner la planification des mesures d'urgence et d'intervention en cas d'urgence pour l'ensemble des ministères. La création de l'UGSU a notamment permis à l'Ontario d'assumer un rôle plus significatif dans les activités de gestion des situations d'urgence dans le domaine de la santé au niveau fédéral, provincial et territorial, notamment en préconisant la conclusion d'une entente d'entraide mutuelle entre les parties.

La mise en oeuvre de l'intégration au Système d'information en santé publique (SISP-i) est en voie d'être réalisée dans les 36 bureaux de santé publique qui sont actuellement branchés à la base de données desservant l'ensemble de la province. Ce système facilitera grandement le signalement des maladies infectieuses, la gestion des contacts et des personnes-ressources, et la gestion des éclosions. Il s'agit là d'une étape fort importante visant à rehausser la capacité du système de santé publique, ne comblant cependant qu'une partie des besoins en matière d'accroissement des moyens de surveillance et de communication. Par exemple, il faut

poursuivre le développement du système afin d'augmenter le partage d'informations entre les intervenants de la santé publique et ceux des hôpitaux (notamment dans les salles d'urgence), les laboratoires et les cabinets de médecins. Jusqu'à ce que l'on ait mis ces systèmes en place, le partage d'informations entre ces divers secteurs névralgiques sera limité aux seuls procédés manuels qui existent à l'heure actuelle.

L'on observe une préoccupation grandissante, tant au sein du milieu de la santé que de la population en général, au sujet de la capacité du système de santé publique et de notre état de préparation en cas de grippe pandémique. Les yeux sont tournés présentement vers la souche d'influenza H5N1 qui infecte les oiseaux migrateurs empruntant les corridors de migration en Asie et en Europe. Bien que ce soit essentiellement les oiseaux qui en soient victimes jusqu'à présent, la plupart des spécialistes de la santé s'inquiètent de la mutation possible du virus en une forme facilement transmissible entre humains – une précondition importante serait alors atteinte, ouvrant la voie à une éventuelle épidémie mondiale, une pandémie. L'histoire témoigne de la gravité des grippes pandémiques que le monde a connues par le passé. L'on ne se demande donc plus « si » une grippe pandémique surviendra, mais plutôt « quand » elle frappera, à quelle vitesse elle se propagera et quelle sera la gravité de la maladie qu'elle induira. Il incombe à tous les paliers de gouvernement, quels qu'ils soient, de se préparer le mieux possible à cette éventualité.

Après la diffusion par l'Agence de santé publique du Canada du plan élaboré à l'échelle nationale, l'Ontario a diffusé an mai 2004 son premier plan d'urgence en cas de grippe pandémique, et a diffusé la mise à jour de ce plan en juin 2005. Ce plan est le fruit d'un travail inlassable de la part des responsables de la santé publique, des spécialistes des maladies infectieuses, des associations professionnelles, des intervenants en première ligne et de plusieurs autres intervenants et fournisseurs de soins de santé. Une autre mise à jour sera effectuée en 2006, à l'occasion de laquelle l'on mettra l'emphase sur les rôles et les responsabilités à l'échelle communautaire.

L'objectif des préparatifs en vue d'une grippe pandémique est tout d'abord de réduire la gravité de la maladie chez les personnes atteintes et le nombre de décès grâce à une gestion appropriée du système de soins de santé de l'Ontario, mais aussi *d'atténuer* le dérèglement sociétal pouvant survenir en Ontario, comme ailleurs, en raison de la pandémie. Le plan d'action décrit l'approche globale à adopter à l'échelle de la province en matière de planification des mesures d'urgence et d'intervention dans le domaine de la santé, et fournit divers renseignements utiles à l'intention des groupes responsables de la planification à cet égard à l'échelle locale. Plusieurs sujets que j'ai abordés dans ce rapport ont un lien direct avec l'état de préparation de notre système en vue d'une grippe pandémique, notamment :

- le renforcement de la capacité du système de santé publique à l'échelle locale aussi bien qu'à l'échelle provinciale;
- la création d'une agence de santé publique permettant d'intégrer l'expertise scientifique et l'expertise en laboratoire;
- l'établissement d'un mécanisme permettant de fournir des conseils fondés sur des preuves scientifiques en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CCPMI);
- la constitution de réseaux locaux de contrôle des infections, venant appuyer la planification et la coordination à l'échelle locale entre le système des bureaux de santé publique et le système des soins de santé.

Peu importe si une grippe pandémique survient dans l'avenir immédiat ou non, la réflexion, la planification et la préparation en vue d'un tel scénario contribuent à renforcer la capacité d'intervention en cas d'urgence tant à l'échelle locale qu'à l'échelle provinciale, ce qui sera d'un secours précieux peu importe le type d'urgence dans le domaine de la santé. Le SRAS s'est révélé un pathogène inconnu jusqu'alors, possédant des caractéristiques inusitées, illustrant que l'on ne peut malheureusement pas dresser infiniment des plans pour tous les scénarios. Cependant, la réponse au SRAS aurait sans doute été beaucoup plus vigoureuse si l'on avait cherché de manière aussi concertée à dresser des plans d'intervention en cas d'urgence ou en cas d'éclosion d'une grippe pandémique dans l'ensemble du réseau de la santé à l'époque précédant l'éclosion du SRAS.

Le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (le rapport Naylor) a notamment fait état des préoccupations du comité au sujet des inégalités au plan de la santé existant entre les Autochtones et les non-Autochtones, et des déterminants de cette situation, ainsi que de l'établissement de systèmes de santé distincts pour les communautés des Premières nations. Le rapport Walker a recommandé que l'on entreprenne des pourparlers entre le gouvernement fédéral, les chefs des Premières nations et le MSSLD en vue de conclure un protocole d'entente formel portant sur les situations d'urgence en santé publique pouvant affecter les communautés des Premières nations. Malgré le début de ces pourparlers, l'on constate l'existence de divergences persistantes au sujet des champs de compétence de chacun et du financement de l'initiative, ce qui n'augure pas de progrès imminents dans ce dossier et qui pourrait entraîner une situation désastreuse s'il devait survenir une situation d'urgence en santé publique. Les événements récents observés dans le dossier de l'eau potable à Kashechewan font ressortir les défis à relever au plan des infrastructures défaillantes et d'autres problèmes chroniques qu'il y aurait lieu de régler avant que ne survienne une situation d'urgence. Je ferai un suivi de ces diverses problématiques dans mon rapport pour 2006.

Réponse du système à divers types de menaces

En 2005, l'Ontario a connu deux éclosions graves de maladies infectieuses. Un examen de ces événements nous éclaire au sujet de l'avancement des démarches visant à renforcer la capacité du système de santé publique.

Éclosion de rubéole – Comté d'Oxford

Une éclosion de rubéole dans le comté d'Oxford a connu son paroxysme au mois de mai, sévissant au sein d'une communauté religieuse dont les taux d'immunisation sont historiquement faibles. Maladie que l'on peut généralement prévenir grâce à l'immunisation, la rubéole peut avoir des conséquences graves sur le foetus de femmes enceintes sensibles à une telle affection, notamment le décès intra-utérin, l'avortement spontané du foetus et des malformations congénitales de certains organes. Les nouveau-nés qui en sont affectés peuvent naître avec diverses anomalies, notamment la surdité, des cataractes, des lacunes au niveau du développement des yeux ou du cerveau, des anomalies cardiaques, et des anomalies dans le développement des os. L'on a signalé 283 cas de rubéole dans le comté d'Oxford ainsi que 28 autres cas dans trois autres bureaux de santé publique. La majorité des cas (90 %) ont été

observés chez des enfants et des adolescents âgés de 19 ans ou moins. Il est encore trop tôt pour déterminer si des cas de rubéole congénitale surviendront en raison de cette éclosion.

Le nombre de cas et de personnes ayant été en contact avec les personnes infectées a rapidement pris au dépourvu la capacité d'intervention du bureau de santé publique local. Il s'agissait là du premier essai postérieur à la crise du SRAS de la qualité de la réponse du système de santé publique de l'Ontario lors d'un scénario de ce type. Puisqu'aucun médecin-hygiéniste n'était en poste à temps complet dans ce bureau local, j'ai exercé les pouvoirs qui me sont conférés aux termes de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et affecté sur-le-champ deux médecins-hygiénistes adjoints travaillant dans des bureaux de santé avoisinants et ordonné la dotation de ressources additionnelles au bureau de santé en cause. L'on a pourvu au transfert temporaire de personnel d'enquête et de contrôle des infections, notamment des infirmières hygiénistes, des inspecteurs de santé publique, un épidémiologiste et un analyste de données, provenant de sept autres bureaux de santé en appui au complément d'effectif déjà ajouté au contingent local. L'on a également dépêché du personnel chargé des communications en santé publique pour prêter main-forte à l'équipe sur le terrain. Les intervenants ont notamment consulté le CCPMI afin d'obtenir auprès de ses experts des conseils d'ordre scientifique et technique afin d'appuyer les efforts déployés pour contrôler la propagation de la maladie. Au plan de l'entraide mutuelle, le système mis en place a répondu d'une manière extrêmement constructive et coordonnée à cette urgence en santé publique. Cependant, le fait que l'on ait dû transférer autant d'effectifs et d'expertise afin de prêter main-forte d'urgence à ce bureau de santé soulève des questions épineuses quant à savoir si certains bureaux de santé publique possèdent une masse critique suffisante en termes de ressources et d'expertise. Je traite plus à fond de cette question dans une prochaine section du rapport.

Éclosion de la maladie du Légionnaire – Toronto

Plus tard au cours de l'année 2005, une éclosion de la maladie du Légionnaire survient dans un foyer de soins de longue durée de Toronto – là où l'on retrouve le bureau de santé publique sans doute le mieux doté en ressources et le plus imposant au pays. Contrairement à ce que l'on voit généralement, la *legionella* ne se propage pas d'un individu à un autre mais par inhalation de gouttelettes d'eau contaminée. Par le passé, les douches, tours de refroidissement de climatiseurs, humidificateurs, bains tourbillon, appareils respiratoires thérapeutiques et fontaines décoratives ont été mis en cause lors d'éclosions de la maladie. Les personnes habitant généralement les foyers de soins de longue durée, soit les personnes âgées et les personnes souffrant d'une maladie chronique, sont particulièrement susceptibles à cette bactérie. À la mi-novembre, 23 résidants étaient décédés des suites de l'éclosion et l'on répertoriait au total 136 cas liés à l'exposition à la *legionella*, l'eau du système de climatisation de l'immeuble étant mise en cause. D'un point de vue systémique, cette éclosion a soulevé certaines questions quant à la confiance du public à l'égard du système de santé publique et de la fiabilité du laboratoire de santé publique, deux problématiques que j'aborde également plus loin.

Ministère de la Promotion de la santé

Bien que l'essentiel de mon rapport traite de la protection de la santé, je désire néanmoins souligner la décision du gouvernement actuel de créer un ministère spécifiquement voué à la promotion de la santé, offrant du coup l'attention et la visibilité qui faisaient auparavant défaut à l'égard de cette fonction essentielle de la santé publique. Le ministère de la Promotion de la santé (MPS) est responsable de l'amélioration, de la coordination et de la prestation de programmes conçus afin de contribuer à une vie saine et au mieux-être de la population, en partenariat avec les collectivités, d'autres paliers de gouvernement et le secteur privé. La nature essentielle de la promotion de la santé en tant que partie intégrante du mandat de la santé publique est telle que le poste de médecin-hygiéniste en chef relève dorénavant à la fois du sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée et du sous-ministre de la Promotion de la santé.

Autre fait d'armes digne de mention, outre la création de ce nouveau ministère, il convient de souligner l'établissement du Comité interministériel sur la vie saine (CIVS), qui sera présidé par le ministre de la Promotion de la santé et auquel siégera également les ministres titulaires de portefeuilles importants au sein du gouvernement, représentant notamment les ministères suivants :

- Agriculture, Alimentation et Affaires rurales
- Services à l'enfance et à la jeunesse
- Services sociaux et communautaires
- Éducation
- Environnement
- Santé et Soins de longue durée
- Travail
- Affaires municipales et Logement

Le CIVS a pour mandat d'améliorer la coordination et la communication des initiatives visant la promotion de la santé dans l'ensemble du gouvernement et de veiller à ce que le gouvernement respecte ses engagements en matière de promotion de la santé. Le CIVS procédera à l'élaboration d'une vision commune de la promotion de la santé au sein de l'appareil gouvernemental, et cernera les diverses collaborations pouvant être entreprises entre les ministères pour assurer la promotion de la santé. Cette heureuse initiative est révélatrice de l'engagement de ce gouvernement envers la cohérence des politiques et des programmes gouvernementaux dont l'objet est de veiller à ce que les gens soient et demeurent en santé. Le CIVS est un mécanisme qui aurait dû voir le jour il y a longtemps déjà afin d'assurer la coordination des politiques et leur cohérence en fonction des divers déterminants de la santé. Le comité est constitué de titulaires de portefeuilles figurant parmi ceux dont les politiques exercent une influence prédominante sur les divers déterminants socioéconomiques de la santé. Partant, cette initiative recèle le potentiel d'améliorer de manière systématique et durable les conditions préalables à une vie en santé.

Domaines où subsistent des préoccupations

Malgré l'optimisme que suscitent les progrès observés jusqu'à maintenant dans la mise à niveau du système de santé publique de l'Ontario, il demeure des domaines vulnérables où subsistent certaines préoccupations.

Postes de médecins-hygiénistes à pourvoir depuis longtemps et autres problématiques au plan de la dotation en ressources humaines

La fonction de médecin-hygiéniste constitue un poste clé au sein des bureaux de santé publique. Le médecin-hygiéniste en poste localement est titulaire de l'autorité organisationnelle du bureau de santé publique et on s'adresse à cette personne en raison de son expertise et de ses compétences particulières, notamment en matière d'enquête et de gestion d'une éclosion. Voilà aussi pourquoi la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* exige que chaque bureau de santé publique ait à son service un médecin-hygiéniste à temps plein dûment qualifié. En date de la mi-novembre 2005, 12 des 36 bureaux de santé publique de l'Ontario ne disposaient pas des services d'un médecin-hygiéniste nommé par le ministre à temps plein; ils se repliaient alors soit sur les services d'un médecin de soins primaires occupant le poste de médecin-hygiéniste à titre intérimaire, à temps partiel ou à temps plein, soit sur les services d'un médecin-hygiéniste d'un bureau voisin, n'y occupant alors ce poste qu'à temps partiel, soit sur les services d'une personne nommée temporairement à titre de médecin-hygiéniste adjoint afin de pourvoir le poste du titulaire principal qui venait récemment de cesser d'exercer cette fonction.

Il en tient du hasard que la plupart des récentes urgences de santé publique soient survenues dans des bureaux de santé publique dotés des services à temps plein d'un médecin-hygiéniste dûment qualifié, et d'équipes multidisciplinaires suffisantes de professionnels de la santé publique. Cependant, il ne faudrait pas confier au seul hasard la protection de la santé de la population.

Dans une section précédente, l'on a appris comment le système s'est mobilisé de manière constructive afin de porter assistance au bureau de santé publique du comté d'Oxford lors de l'éclosion de rubéole. Les compétences des professionnels de la santé publique qui ont alors été transférés à ce bureau, dont deux médecins-hygiénistes adjoints, constituent un amalgame de toutes les compétences requises afin de gérer convenablement une urgence de santé publique. Alors que l'on s'attend à ce que l'assistance mutuelle soit au rendez-vous lors du débordement de la capacité d'un bureau local, le système doit cependant être conçu de manière à ce que chaque bureau de santé publique puisse compter sur un seuil de base de sa propre capacité, de manière à ce que chaque bureau de santé publique local soit doté d'une masse critique d'expertise et de ressources lui permettant de s'acquitter des fonctions fondamentales qui lui incombent en matière de santé publique, dont la capacité d'intervention en cas d'urgence en santé publique.

Le comté d'Oxford n'a pas de médecin-hygiéniste dûment qualifié à temps plein depuis 1998. Et il ne s'agit pas là d'un cas exceptionnel. En fait, sept bureaux de santé publique ont eu des postes de médecin-hygiéniste qui sont demeurés vacants pendant au moins cinq années au cours des dix dernières années. Le huitième bureau (le bureau de santé du district Muskoka-Parry Sound) a été aboli le 1er avril 2005 et réparti par fusion dans d'autres bureaux de santé avoisinants. Comme on l'a vu lors de l'éclosion de rubéole, les bureaux de santé publique dont le poste de médecin-hygiéniste est à pourvoir depuis plusieurs années ne possèdent également qu'une quantité limitée de ressources professionnelles complémentaires provenant d'autres disciplines en santé publique. Une telle situation n'est pas sans occasionner des problèmes de taille pour les bureaux de santé publique avoisinants qui disposent des services d'un médecin-hygiéniste à temps plein :

- les risques qui n'ont pas été résolus convenablement au sein d'un bureau de santé publique peuvent migrer vers un bureau de santé avoisinant;
- le personnel du plus petit bureau de santé publique demande souvent conseil auprès du médecin-hygiéniste du bureau voisin, enlevant du temps à ce médecin-hygiéniste qui doit se consacrer à la satisfaction des besoins de son propre bureau de santé publique, ce qui laisse planer par ailleurs des doutes sérieux sur la convenance des services médicaux en dehors de l'horaire normal d'activité de ces bureaux;
- les postes vacants de médecin-hygiéniste font en sorte qu'il n'y reste qu'un petit nombre de personnes pouvant prendre en charge des dossiers de santé publique ayant une incidence locale ou régionale.

Les lacunes au titre des postes de médecin-hygiéniste qui sont vacants depuis plusieurs années ont notamment été relevées lors de l'enquête menée en 2002 sur l'éclosion survenue à Walkerton, ainsi que dans le rapport Walker en 2004, et aussi dans le rapport provisoire de la Commission Campbell. La situation demeure essentiellement inchangée à ce jour et ce, pour diverses raisons d'ordre systémique. L'isolation professionnelle du médecin-hygiéniste à titre d'unique praticien en santé publique, travaillant des horaires sur appel qui deviennent intenables, en contrepartie d'un salaire non concurrentiel, et ne pouvant compter que sur des ressources humaines et autres en quantité restreinte au sein de ces bureaux de santé publique locaux sont autant d'éléments dissuasifs faisant en sorte qu'il est difficile d'attirer des nouveaux candidats ou candidates dans ce domaine de pratique. Le système n'est jamais plus fort que son maillon le plus faible, et l'on ne peut donc se permettre de continuer à maintenir des bureaux de santé publique ne disposant pas de la masse critique leur permettant de fonctionner comme le devrait une organisation moderne et efficace oeuvrant dans le domaine de la santé publique. J'attends sous peu le dépôt du rapport final du Comité d'examen des capacités afin de pouvoir conseiller le gouvernement quant à la manière dont il conviendrait de solutionner ces problématiques.

Les postes de médecin-hygiéniste qui restent vacants pendant longtemps révèlent en fait un défi encore plus généralisé que le système de santé publique de l'Ontario devra relever, car plusieurs des enjeux relevés au plan du recrutement et de la rétention des médecins-hygiénistes demeurent tout aussi pertinents lorsqu'il s'agit de retenir les services d'autres professionnels de la santé publique. Par exemple, tous les bureaux de santé publique ne disposent pas des services à temps plein d'un épidémiologiste, encore moins de titulaires possédant les compétences essentielles en matière de communication des risques, de systèmes d'information

et autres techniques pertinentes. Il est également souvent difficile de recruter des inspecteurs de santé publique et des travailleurs spécialisés dans d'autres disciplines connexes. Aussi, le recrutement d'infirmiers et d'infirmières hygiénistes se bute à la concurrence que lui livrent les autres secteurs de la santé, dans un milieu où le personnel infirmier est également une denrée rare. Outre les problèmes occasionnés par une pénurie absolue de ressources humaines, la répartition inadéquate des professionnels de la santé vient s'ajouter à cette problématique générale, laquelle se voit multipliée par les inégalités particulièrement criantes à cet égard en milieu rural et dans les régions nordiques.

La disponibilité de professionnels de la santé en nombre suffisant et dans des proportions convenables ne peut pas être laissée au hasard. Les établissements d'enseignement doivent notamment proposer une vaste gamme de programmes de formation offrant un juste équilibre entre la formation de chercheurs et d'universitaires que de praticiens. Le système de soins de santé offre une infrastructure suffisante pour y effectuer la formation des fournisseurs de soins de santé, et une attention semblable doit être donnée à la formation des professionnels de la santé publique. L'éventail des cours devrait permettre d'assurer non seulement la formation des professionnels au premier niveau de la pratique, mais également des cours de perfectionnement pour assurer la mise à jour et l'approfondissement des connaissances et des compétences des professionnels oeuvrant dans le réseau. Par ailleurs, il incombe aux gouvernements, à titre d'employeurs des professionnels de la santé publique de s'assurer de l'existence d'un nombre suffisant de professionnels dûment formés, de contribuer à la formation continue de leurs employés, et de leur offrir un milieu professionnel épanouissant et récompensant leurs efforts à leur juste valeur.

La question de la pénurie des ressources professionnelles en santé publique est commune à toutes les régions du pays, et pour une première fois ce défi considérable fait l'objet de discussions de haut niveau entre les ministres de la santé fédéral, provinciaux et territoriaux. En Ontario, le gouvernement a instauré une stratégie de ressources humaines en santé à l'échelle de la province, sous la responsabilité d'un sous-ministre adjoint du MSSLD et du ministère de la Formation et des Collèges et Universités. Il importe d'inclure une forte composante de santé publique dans les efforts consentis par l'Ontario si l'on veut avancer à ce chapitre, et je me fie aux recommandations que me présentera le Comité d'examen des capacités quant aux changements systémiques qu'il conviendra d'apporter dans le cadre d'une stratégie globale à cet égard.

La précarité du système – Confiance et concertation

L'éclosion de la maladie du Légionnaire en 2005, dans un foyer de soins de longue durée à Toronto, a permis de mettre le système à l'épreuve et de vérifier dans quelle mesure le système avait pu se remettre de ses défaillances antérieures et avait été renforcé par les diverses initiatives gouvernementales depuis la crise du SRAS. Force est de constater que malgré les progrès observés, il demeure un certain nombre de difficultés relevées durant la crise du SRAS qui n'ont pas encore été résolues. La confiance du public et des travailleurs de la santé à l'égard du système n'a, de toute évidence, pas été entièrement restaurée. Toutefois, l'on peut affirmer qu'en considérant l'ampleur du déclin qu'a connu le système de santé au cours de la décennie précédant la crise du SRAS, la confiance dans le système tel qu'il existait avant cette crise était essentiellement attribuable à un certain sentiment

de suffisance à l'égard de sa performance. L'expérience vécue lors de la crise du SRAS continue à susciter des craintes, surtout parmi les travailleurs de la santé en première ligne, notamment quant à la possibilité d'exposition à des maladies infectieuses dans leur milieu de travail. Tout cela a des répercussions sur notre aptitude collective à gérer des incidents graves mettant en cause des maladies infectieuses pouvant survenir à l'avenir.

Dans les premiers stades de l'éclosion de la maladie du Légionnaire, il était apparent qu'un agent pathogène respiratoire avait infecté un nombre élevé de bénéficiaires âgés. Au départ, les personnes ayant dû être hospitalisées ont été confinées à des salles d'isolement à pression négative, jusqu'à ce que l'on ait pu déterminer que la maladie n'était pas transmise par voie aérienne d'un individu à l'autre. Bien que l'on nous ait signalé que l'on a accru de manière appréciable depuis la crise du SRAS le nombre de chambres pouvant également servir, au besoin, de salles d'isolement à pression négative, il a néanmoins été difficile d'y avoir accès puisque, d'une part, les lits étaient déjà occupés par d'autres patients et, d'autre part, il n'existe à peu près aucune capacité excédentaire de lits dans le réseau à l'heure actuelle. Il importe donc de constituer un registre central dans lequel l'on pourrait consigner ces ressources essentielles en cas de besoin et de mettre en place, parallèlement, un mécanisme de gestion du peu de ressources qui existent de manière à pouvoir les déployer efficacement et ce, en fonction des besoins dans l'ensemble du système de santé, et non seulement des besoins propres de l'établissement qui en dispose.

Communication avec les travailleurs de la santé en première ligne

L'éclosion du SRAS a mis en relief les lacunes importantes dans notre aptitude collective à communiquer aux travailleurs de la santé en première ligne les consignes pertinentes relativement aux meilleures pratiques en matière de contrôle des infections. Dans le cas de l'éclosion de la maladie du Légionnaire, les recommandations concernant les pratiques à adopter pour contrôler les infections en milieu hospitalier ont été élaborées à l'échelle provinciale et disséminées à tous les établissements. Or, il appert de la rétroaction obtenue à ce jour à cet égard, que ces informations ne se seraient pas rendues jusqu'aux travailleurs en première ligne dans tous les établissements. Depuis lors, le gouvernement a considérablement renforcé la capacité de diffuser les « mises en garde importantes en matière de santé » aux travailleurs de la santé dans tous les établissements de la province. En outre, les employeurs et organismes doivent individuellement, y compris les organismes réglementaires, les associations professionnelles et les syndicats, redoubler d'effort pour veiller à ce que tout leur personnel dispose des informations pertinentes, tant afin de promouvoir la santé et la sécurité au travail que l'apport de soins appropriés aux patients. Il en va de même en ce qui concerne les médecins, lesquels doivent veiller à transmettre leurs coordonnées de manière diligente au personnel du milieu de la santé de manière à ce qu'ils puissent recevoir des informations importantes en matière de santé en temps utile. Les diverses initiatives dont j'ai fait part plus tôt dans ce rapport, notamment la création du CCPMI, l'UGSU, les Réseaux régionaux de contrôle des maladies infectieuses, en plus de la formation en contrôle des infections en fonction des compétences professionnelles, contribueront certes à améliorer le contenu et la portée des communications dans l'ensemble du secteur de la santé et au sein du système comme tel.

Le laboratoire de santé publique de l'Ontario

Le système de laboratoires de santé publique de l'Ontario est un service de soutien invisible et méconnu auquel nous recourons pourtant dans le cadre de l'essentiel de notre travail dans le domaine des maladies infectieuses et du contrôle des éclosions. Comme l'a relevé le rapport du comité Walker, l'aptitude à fournir des données de laboratoire exactes et en temps utile est essentielle au fonctionnement d'un système de surveillance efficace et d'un système de santé publique aux fins de ses interventions. Bref, l'aptitude du système de santé publique à détecter une éclosion et à en identifier la cause dépend de l'existence d'un système de laboratoires de santé publique rigoureux et en bon état de fonctionnement. Tant les rapports fédéral et provincial sur la crise du SRAS ont souligné l'importance prioritaire à accorder au renforcement de la structure et de la capacité des laboratoires de santé publique dans l'ensemble du pays. Le Forum canadien des laboratoires de santé publique a cerné les fonctions et capacités essentielles dont doit s'acquitter à tout le moins un système de laboratoires de santé publique (voir le tableau ci-après). Le Forum a aussi récemment mis au point un plan stratégique sur deux ans visant à accroître la surveillance, les communications et la collaboration entre les laboratoires dans l'ensemble du pays.

Fonctions et capacités essentielles d'un laboratoire de santé publique :

- Surveillance, prévention et contrôle des maladies transmissibles
- Intervention en cas d'urgence ou d'éclosion des maladies transmissibles
- Santé environnementale et sécurité des aliments
- Épreuves de référence, dépistage spécialisé et épreuves diagnostiques
- Gestion intégrée des données sur les maladies transmissibles
- Élaboration et évaluation des politiques en matière de santé publique
- Mise à niveau et réglementation des laboratoires (assurance qualité)
- Formation et sensibilisation des travailleurs du système de santé et de la santé publique
- Recherche et développement en matière de santé publique.

Source : Forum canadien des laboratoires de santé publique

En Ontario, le personnel des deux laboratoires de santé publique, soit du laboratoire central et du laboratoire régional, a fréquemment été sollicité au cours des diverses crises survenues au cours de la dernière décennie afin de procéder à toute vitesse à des épreuves de volumes considérables d'échantillons de toutes sortes à la demande de bureaux de santé publique et de fournisseurs de soins de santé. Le SRAS, le virus du Nil occidental et la tuberculose dans le réseau des centres pour itinérants à Toronto n'en sont que quelques exemples. La capacité de relever ces défis traduit la hauteur des efforts et du dévouement consacrés par le personnel professionnel et technique du laboratoire de santé publique et ce, malgré la nécessité chronique et désormais urgente de stabiliser et de renforcer ces établissements.

Le rôle crucial du laboratoire dans le contrôle des éclosions a été illustré au cours de l'éclosion de la maladie du Légionnaire à Toronto en 2005. Au cours de cette éclosion, il y a eu certains délais dans l'établissement de la cause de l'éclosion en raison de tests d'urine présentant de faux négatifs. L'absence de diagnostic a suscité des craintes non fondées chez les travailleurs de la santé et la population en général, cette crainte ayant de surcroît été

attisée par les médias internationaux, faisant état d'un « tueur inconnu ». Bien que le test de laboratoire utilisé à l'origine était à la fine pointe de la technologie à l'époque, il y a une quinzaine d'années, il existe de nos jours de meilleures méthodes d'essais complémentaires. L'on procède actuellement à une vérification des capacités opérationnelles du laboratoire de santé publique de l'Ontario, et il en ressort diverses problématiques, notamment l'absence d'un mandat clair, des restrictions opérationnelles, la fragmentation des bases de données, un sous-développement des liens avec les milieux universitaires et scientifiques, ainsi que diverses restrictions attribuables aux locaux mêmes. En outre, traduisant les difficultés de son passé et l'incertitude quant à son avenir, le laboratoire est aux prises avec une grave pénurie de ressources humaines. Par exemple, il n'y a présentement qu'un seul microbiologiste médical, un seul scientifique, et un directeur des services médicaux embauché à mi-temps. Le rapport du comité Walker recommande que l'on y embauche au moins six microbiologistes médicaux, mais encore là il s'agit d'un nombre de microbiologistes médicaux de beaucoup inférieur à celui de ceux embauchés au *Centre for Disease Control* de la Colombie-Britannique, lequel dessert une population trois fois moindre que celle de l'Ontario. Et cela ne viendrait pas combler les attentes en matière de direction médicale requise dans les 11 laboratoires régionaux. Le défi ne réside pas simplement dans l'ouverture d'un certain nombre de postes; il consiste plutôt en l'aptitude à y attirer et y retenir des scientifiques et des professionnels de premier plan dans un marché très concurrentiel. Sans cette masse critique d'expertise, nous risquons fort d'être laissés pour compte.

Il convient donc de renverser la tendance actuelle si l'on veut que le laboratoire de santé publique serve l'intérêt public lors des prochaines éclosions de maladies infectieuses. Il importe également de reconnaître l'importance cruciale à la santé de la population et de renouer avec la stabilité de son effectif et de ses activités. Comme l'a souligné le juge Campbell, la capacité d'un système de laboratoires à intervenir à l'occasion d'une éclosion doit exister avant toute éclosion qui pourrait survenir, puis qu'il est évidemment impossible de constituer une telle capacité durant une éclosion. Aussi, l'existence de systèmes informatisés est un élément essentiel au fonctionnement de quelque entreprise des temps modernes, et est d'autant plus névralgique dans le cas d'un laboratoire de santé publique, lequel doit à la fois s'intégrer aux efforts consacrés lors d'une éclosion et éclairer les décisions en matière de contrôle des infections. Le laboratoire doit être à la fine pointe de la technologie et des nouvelles connaissances en la matière, et ceci exige nécessairement le renforcement des maillages avec les centres universitaires de recherche en santé et la communauté des chercheurs dans son ensemble. À moins que le laboratoire ne soit convenablement doté en personnel et en ressources financières et pleinement intégré avec les autres intervenants du système de santé publique, l'Ontario demeura vulnérable. Le laboratoire intervient en première ligne dans la surveillance des maladies, et nous ne pouvons pas nous permettre que ce service essentiel soit un maillon faible dans nos efforts de contrôle des maladies infectieuses. Il faut agir dès maintenant.

L'espoir sans doute le plus réaliste dans la mise à niveau du laboratoire de santé publique réside dans l'engagement de l'Ontario de constituer sa propre Agence de santé publique. Tout comme divers autres endroits au Canada et ailleurs au monde l'ont fait, l'Ontario compte intégrer le laboratoire de santé publique à titre d'élément essentiel au sein de l'Agence, afin notamment de regrouper les services d'épidémiologie et de laboratoires sous un même toit. L'emplacement de cet établissement doit être choisi de manière à optimiser les liens avec

le milieu universitaire ainsi que sa proximité géographique à des laboratoires et des centres d'innovation scientifique d'un hôpital universitaire. À défaut de prendre en ligne de compte l'occasion stratégique qui se présente à cet égard, l'on risque de reléguer à nouveau ce service essentiel à un avenir encore plus incertain, résultant également en une perte d'expertise et de l'engagement requis afin d'assurer la protection de la santé des Ontariennes et des Ontariens.

L'état de préparation en cas de grippe pandémique

Bien que la crise du SRAS ait constitué un dur rappel à la réalité, et certes une terrible tragédie pour les personnes, les familles et les milieux de travail qui ont été touchés, il s'est agi en somme d'une éclosion d'une ampleur relativement modeste, soit 375 cas (dont 44 décès) occasionnés par un virus qui n'était ni particulièrement mortel, ni particulièrement transmissible. Malgré ceci, le système de santé publique a rapidement été débordé, le système de soins de santé a été paralysé, et l'industrie de l'hôtellerie et du tourisme a subi des répercussions désastreuses, accusant des pertes totalisant 2 milliards de dollars pour l'ensemble du Canada. Une grippe pandémique frapperait de manière beaucoup plus massive, car les souches humaines de l'influenza sont beaucoup plus transmissibles. Selon la gravité de la pandémie, l'Ontario pourrait connaître entre 1,8 et 4,2 millions de visites en clinique externe, entre 7 500 et 65 000 hospitalisations, et entre 2 900 et 19 700 décès. Bien que ces estimations ne prennent pas en compte l'effet bénéfique potentiel des antiviraux ou d'un vaccin efficace, elles fournissent malgré tout un certain ordre de grandeur quant aux effets sur la santé pouvant résulter de la grippe pandémique et que tout gouvernement et organisme de soins de santé se doit de traiter avec le sérieux qui s'impose.

Comme plusieurs observateurs l'ont noté depuis la crise du SRAS, la seule chose qui est plus difficile à faire que de planifier en vue d'une situation d'urgence, c'est d'expliquer pourquoi on ne l'a pas fait. Les préparatifs en vue de la grippe pandémique doivent nécessairement composer avec les probabilités et comporter plusieurs décisions fondées sur notre meilleur jugement, ce qui n'est pas vraiment différent de décisions prises par le passé, par exemple, sur la mesure dans laquelle il convenait de fortifier les digues à la Nouvelle-Orléans. L'Ontario est mieux préparé qu'il ne l'était il y a deux ans :

- les rôles et responsabilités en cas de situations d'urgence dans le domaine de la santé ont été dûment clarifiés
- les activités de surveillance ont été intensifiées, de manière à pouvoir détecter plus tôt les éclosions, le signalement d'une éclosion devant dorénavant être effectué dans les 24 heures, et non plus dans les 72 heures comme auparavant
- les critères d'admission et de départ ainsi que des transferts à l'intérieur des établissements hospitaliers ont été raffinés de manière à optimiser l'utilisation des lits lors d'une pandémie
- les tests de laboratoire disponibles à chacune des phases d'une pandémie ont été clairement établis
- un plan-type en cas de grippe pandémique a été dressé à l'intention des foyers de soins de longue durée
- le gouvernement a mis en marche les activités de stockage d'antiviraux et d'autres fournitures qui risquent d'être en rupture de stock.

Les responsables de la planification et de la santé publique de toutes les compétences sont tous devant le même dilemme, soit quel niveau de préparation est suffisant et quelles autres initiatives seront réduites en raison de la mise en oeuvre des plans d'urgence en cas de grippe pandémique. Bien que la province ait engagé des discussions à cet égard avec de nombreux experts tant au sein du système de soins de santé qu'à l'extérieur de cette sphère dans le cadre de sa planification en cas de grippe pandémique, il n'y a pas eu suffisamment de communications à ce jour à l'intention des Ontariennes et Ontariens pour qu'ils puissent mieux comprendre le concept et les conséquences d'une grippe pandémique, notamment en faisant connaître les mesures que le gouvernement entend prendre, les gestes que chacun peut poser pour se protéger, et comment réagir si on est atteint de la grippe ou qu'un proche en est atteint. Notre capacité à composer avec la situation lors d'une pandémie dépendra de la force de notre réponse collective, notamment la mesure dans laquelle nous pourrons nous occuper de nous-mêmes et de nos voisins, notre aptitude à prioriser le recours aux soins de santé en fonction de ceux qui en ont le plus besoin, et la mesure dans laquelle nous pouvons maintenir les nombreux services que l'on retrouve dans une société aussi complexe que la nôtre.

Au cours de l'année qui vient, l'on procédera à une mise à jour du plan provincial en cas de grippe pandémique afin de préciser les stratégies à employer lors d'une grippe pandémique afin d'éviter de recourir à l'hospitalisation. Il sera notamment question des mesures d'intervention des organismes communautaires de soins de santé, comment les fournitures se rendront au niveau des communautés, et comment les médecins, infirmières et infirmiers, et les autres praticiens en soins de santé seront appelés à participer au plan d'intervention en cas de grippe pandémique et quel type de soutien leur sera fourni. Je me concentrerai en bonne partie à l'examen des préparatifs en cas de grippe pandémique au cours de l'année qui vient, et je présenterai un suivi de la situation dans mon rapport pour l'année 2006.

Commentaires liminaires

J'ai fait état dans le présent rapport des importants progrès réalisés afin de renforcer le système de santé publique de l'Ontario au cours des deux dernières années, en plus de relever ce qui reste encore à faire pour compléter la tâche. Il convient de souligner à quel point les professionnels de la santé oeuvrant tant sur le terrain qu'au sein du ministère, travaillent d'arrache-pied pour assurer la protection et la promotion de la santé des Ontariennes et des Ontariens et ce, en dépit de l'environnement difficile avec lequel ils doivent composer. Comme l'ont relevé avec un sentiment d'urgence imminente les rapports Naylor, Walker et Campbell, une certaine suffisance entretenue de longue date est à la source de l'affaiblissement du système de santé publique. Après la crise du SRAS, une recrudescence d'activités de toutes sortes a marqué le début d'une réaction devant le déclin maintenant manifeste du système survenu au cours de la décennie précédente. La mise à niveau du système de santé publique n'est toutefois qu'une pièce parmi tant d'autres de la mosaïque issue de l'élaboration des politiques publiques en la matière; aussi, la mémoire d'événements négatifs comme la crise du SRAS s'estompe avec le temps, et il est naturel de se sentir rassuré par les mesures initiales appliquées en réaction à une crise.

L'attention portée sur la crise du SRAS et les autres urgences du domaine de la santé publique est pourtant une arme à double tranchant, car malgré l'occasion que ces événements fournissent de renforcer la protection de la santé, cela risque de divertir l'attention et les ressources des autres impératifs que sont la prévention et la promotion de la santé, ce qui n'est pas dans l'intérêt du public dans une perspective de long terme. Par conséquent, bien qu'une attention immédiate soit portée à l'établissement d'assises solides pour renforcer le système actuel, il convient d'orienter nos actions futures vers l'établissement et la mise en oeuvre de stratégies et de programmes visant l'ensemble des actions de la santé publique, améliorant la santé des individus et s'attaquant aux causes fondamentales des maladies et des blessures qui surviennent.

Le défi consiste dans la réalisation du fait que la mise à niveau du système de santé publique de l'Ontario est une oeuvre qui exigera plusieurs années d'efforts concertés avant d'être achevée et de donner suite aux recommandations formulées dans les rapports Walker et Campbell. À moins que ces recommandations ne soient pleinement mises en oeuvre, la santé publique ne sera pas en mesure de s'acquitter du mandat qui lui incombe en vertu de la loi ni de satisfaire les attentes de la population à cet égard. Il est de mon devoir, à titre de défenseur indépendant de la santé de la population et de l'état du système de santé publique, de débusquer les éléments discordants à ce chapitre et de tracer la voie à suivre afin que l'on prenne les mesures correctives qui s'imposent.

Nous en sommes aujourd'hui à la fin de la deuxième année après la crise du SRAS, et entrons présentement dans une phase critique qui nous montrera que nous avons su maintenir l'élan dans l'entreprise de mise à niveau du système, ou que cette synergie s'est plutôt dissipée. Après le dépôt du rapport final du Comité d'examen des capacités au début de 2006, il faudra prendre des décisions importantes et cruciales si l'on veut rehausser la gouvernance, la configuration et la capacité des bureaux de santé publique de l'Ontario. La mise à niveau du système passe également et de manière incontournable par la revitalisation du laboratoire de santé publique et la création de l'Agence de santé publique de l'Ontario. Notre aptitude à protéger la santé des Ontariennes et des Ontariens est tributaire de la vigueur des assises que l'on se donnera.